

# 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: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JENILSON PINTO ARRUDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000007527-2

---

Nr. da Autenticação 33F8BC90A4E0F690



CNPJ: 06.928.457/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.4  
RUA NELSON JONES, 219 - SÃO PAULO - CEP: 54.300-010

0000 200 9520

Matrícula: 534633

Agosto/2019

Dados do Cliente:

IVETE GUIMARÃES COSTA

Endereço para entrega:

RUA ACRE, 569/1 - BAIRRO DOS ESTADOS BOA  
VISTA RR 69385-510

Inscrição

001.008.057.0089.001

Rota

3

Seq. Rota

4358

Quantidade de Economias

RESIDENCIAL

Hidrometro

Y12S469563

Data de instalação

31/10/2012

Situação Água

LIGADO

Situação Esgoto

LIGADO

ANTERIOR

807

CONSUMO (m3)

8

NUM DE DIAS

32

LEITURA FAT. 799

LEITURA INF.

DT. LEITURA 12/07/2019 13/08/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201907 7-0  
201906 10-0  
201905 15-0  
201904 14-0  
201903 11-0  
201902 12-0

MEDIA 11

| Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor                 |       |          |     |           |        |
|-------------------------------------------------------------|-------|----------|-----|-----------|--------|
| Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição |       |          |     |           |        |
| DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M.                        |       |          |     |           |        |
| AMOSTRAS                                                    | CLORO | TURBIDEZ | COR | C.TOTALIS | E.COLI |
| EXISTENTES                                                  | 100   | 100      | 100 | 100       | 100    |
| ANALISADAS                                                  | 200   | 200      | 200 | 200       | 200    |
| CONFORMES                                                   | 200   | 200      | 200 | 200       | 200    |

DESCRICAO

ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

8 M3

23,83

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA

19,06

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

0,85

VENCIMENTO:

15/09/2019

TOTAL A PAGAR

43,74

IMPRESSO EM: 13/08/2019 08:47:06

Via do Cliente

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

<sup>2</sup> 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 Para Dora Guimarães Costa inscrito (a) no CPF/CNPJ 762.732.616/87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jemilson Pinto Arruda inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.289.332/52 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Jemilson Pinto Arruda inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.289.332/52 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

RG e CPF

☒ 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 <u>Rua Aire</u> |                         | Número <u>569</u>             | Complemento <u>Casa</u>      |
| Bairro <u>Estadão</u>    | Cidade <u>Boa Vista</u> | Estado <u>RR</u>              | CEP <u>69.305-510</u>        |
| Email _____              |                         | Telefone comercial(DDD) _____ | Telefone celular (DDD) _____ |

Boa Vista 27 de dezembro de 2019  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

| Paciente                                               | Data Nascimento | Idade                      | CNS                         | CPF          | Profissão |                 |               |
|--------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|
| JENILSON PINTO ARRUDA                                  | 12-10-1981      | 27 A 11 M 9 D              | 898804880689806             | 70328033252  |           |                 |               |
| Tipo Doc                                               | Documento       | Órgão Emissor Data Emissão | Sexo                        | Estado Civil | Raça/Cor  | Naturalidade    | Nacionalidade |
| M                                                      |                 |                            | M                           | SOLTEIRO(A)  | PARDAS    | SANTARÉM - PA   | BRASILEIRA    |
| Nome                                                   |                 |                            | Pat                         |              |           | Contato         |               |
| MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO DUARTE                        |                 |                            | ANTONIO MOACIR PINTO ARRUDA |              |           | (95) 99175-8255 |               |
| Endereço                                               |                 |                            |                             |              |           | Ocupação        |               |
| RDIA - RIO AMAZONAS - 841 - RUA VISTA - BOA VISTA - RR |                 |                            |                             |              |           | ESTUDANTE       |               |

| Class. de Risco     | Plano de Saúde               | Nº da Carteira      | Validade    | Autenticação | Sig. Prontuário                     |
|---------------------|------------------------------|---------------------|-------------|--------------|-------------------------------------|
| Waldemar de Almeida | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |                     |             |              |                                     |
| Waldemar de Almeida | Cartão de Atendimento        | Profissão do Atend. | Procedência | Tempo        | Peso                                |
| ACIDENTE DE MOTO    | URGÊNCIA                     |                     |             |              |                                     |
| Grande Trauma       | Tipos de Chagada             | Procedimento Sol.   |             |              |                                     |
| GRANDE TRAUMA       | DEMANDA ESPONTÂNEA           |                     |             |              |                                     |
|                     |                              |                     |             |              | Registrado por:<br>WALDEMAR STOCKER |

Quêixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Síndrome Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Queda de mltos hñ + flores

|                         |                           |       |
|-------------------------|---------------------------|-------|
| Atividade da Enfermagem | GGG                       | TOTAL |
|                         | AO:1234 RM:12345 MW:12346 |       |

ANAMNESE - (HORA DA CONSULTA: \_\_\_\_\_ h)

Residente trazido do Uruguái. Relata queda de motor. Traumatismo pela CESTO. Relata acidente na Throat, com politrauma em região de membros superiores. E ~~há laceração e escarificações em face.~~ Relata trauma no torn. do acidente.

Exame Físico:

H: Língua atone paratida; sem color cervical. D: Glândulas TB.

PE: Exponer e em ar ambiente. E: Laceração em face, região do nariz; laceração em membro inferior; lacer. em membro superior E.

Exame Diagnóstico

|                                              |                                    |                                        |                                 |                                |                              |                                  |  |  |  |
|----------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--|--|--|
| SABE Exames Complementares                   |                                    |                                        |                                 |                                |                              |                                  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RÁPIDO-X | <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM | <input checked="" type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> SANGUE | <input type="checkbox"/> URINA | <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> OUTROS: |  |  |  |

| PRESCRIÇÃO | APT. ZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
|------------|--------------|------------|
|------------|--------------|------------|

1. Capstone 2 (2021) all NT  
 2. TO 5 (2021) all NT  
 3. IM (2021) all NT  
 4. filter (2021) all NT  
 5. long (2021) all NT

\*  $\text{P}(\text{number} \leq 600) \approx 0.99$   
 \*  $\text{P}(\text{number} \leq 1) \approx 0.99$

[illegible]

|                                       |  |                                |  |
|---------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Assinatura do Paciente ou Responsável |  | Carimbo e Assinatura do Médico |  |
|---------------------------------------|--|--------------------------------|--|

Impresso por: waldemar.steeker  
Data Hora: 21/08/2018 00:28:09



Emerson Pinto

Data 21/07/19 às 10:00

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fx. exposta 5º dedo

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TTO Cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO:

I

INDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Osteomielite

CIRURGIÃO:

Dr. Roberto R3

1º AUXILIAR:

Dr. Pedro R1

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 - Paciente em DDD sob anestesia
- 2 - Anestesia + antiseptia + colocação de campo estéril
- 3 - LMC extensiva com 5L de Sol 0,9%
- 4 - Fixação do foc. de fratura em poliarco metálico de 35° Guinobachto direito com fio de Kirschner 2,5mm
- 5 - Tenoroplastia da lesão em 3º Guinobachto direito
- 6 - Sutura + curativo
- 7 - LPA

Roberto R3  
 21/07/2019

Dr. Pedro de S. Faria  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 21/07/2019

GOVERNO DO ESTADO DE AGRIANA  
"Agricultura e Pecuária do Estado de Agriana"

Paulino Pinto Amato 27a P. 2a Coluna

ME. RENECA - 21000 - 0000 - 0000

0117 - 100 - 0000

300

Box 100, 100  
25108139

Fig 7 - 100-8

WJ 03 - 5mg 1000 5000 10000



infos:  
v-b::902

$\left\{ \begin{matrix} K_f \\ \text{steel} \end{matrix} \right\}$ 
 $\left\{ \begin{matrix} S_f \\ \text{Bolt} \end{matrix} \right\}$ 
 $\left\{ \begin{matrix} K_f \\ \text{Bolt} \end{matrix} \right\}$

|          |     |
|----------|-----|
| 1. 200   | 200 |
| 2. 200   | 200 |
| 3. 200   | 200 |
| 4. 200   | 200 |
| 5. 200   | 200 |
| 6. 200   | 200 |
| 7. 200   | 200 |
| 8. 200   | 200 |
| 9. 200   | 200 |
| 10. 200  | 200 |
| 11. 200  | 200 |
| 12. 200  | 200 |
| 13. 200  | 200 |
| 14. 200  | 200 |
| 15. 200  | 200 |
| 16. 200  | 200 |
| 17. 200  | 200 |
| 18. 200  | 200 |
| 19. 200  | 200 |
| 20. 200  | 200 |
| 21. 200  | 200 |
| 22. 200  | 200 |
| 23. 200  | 200 |
| 24. 200  | 200 |
| 25. 200  | 200 |
| 26. 200  | 200 |
| 27. 200  | 200 |
| 28. 200  | 200 |
| 29. 200  | 200 |
| 30. 200  | 200 |
| 31. 200  | 200 |
| 32. 200  | 200 |
| 33. 200  | 200 |
| 34. 200  | 200 |
| 35. 200  | 200 |
| 36. 200  | 200 |
| 37. 200  | 200 |
| 38. 200  | 200 |
| 39. 200  | 200 |
| 40. 200  | 200 |
| 41. 200  | 200 |
| 42. 200  | 200 |
| 43. 200  | 200 |
| 44. 200  | 200 |
| 45. 200  | 200 |
| 46. 200  | 200 |
| 47. 200  | 200 |
| 48. 200  | 200 |
| 49. 200  | 200 |
| 50. 200  | 200 |
| 51. 200  | 200 |
| 52. 200  | 200 |
| 53. 200  | 200 |
| 54. 200  | 200 |
| 55. 200  | 200 |
| 56. 200  | 200 |
| 57. 200  | 200 |
| 58. 200  | 200 |
| 59. 200  | 200 |
| 60. 200  | 200 |
| 61. 200  | 200 |
| 62. 200  | 200 |
| 63. 200  | 200 |
| 64. 200  | 200 |
| 65. 200  | 200 |
| 66. 200  | 200 |
| 67. 200  | 200 |
| 68. 200  | 200 |
| 69. 200  | 200 |
| 70. 200  | 200 |
| 71. 200  | 200 |
| 72. 200  | 200 |
| 73. 200  | 200 |
| 74. 200  | 200 |
| 75. 200  | 200 |
| 76. 200  | 200 |
| 77. 200  | 200 |
| 78. 200  | 200 |
| 79. 200  | 200 |
| 80. 200  | 200 |
| 81. 200  | 200 |
| 82. 200  | 200 |
| 83. 200  | 200 |
| 84. 200  | 200 |
| 85. 200  | 200 |
| 86. 200  | 200 |
| 87. 200  | 200 |
| 88. 200  | 200 |
| 89. 200  | 200 |
| 90. 200  | 200 |
| 91. 200  | 200 |
| 92. 200  | 200 |
| 93. 200  | 200 |
| 94. 200  | 200 |
| 95. 200  | 200 |
| 96. 200  | 200 |
| 97. 200  | 200 |
| 98. 200  | 200 |
| 99. 200  | 200 |
| 100. 200 | 200 |

EXPERIMENTAL

8000 1000 1000

[illegible][illegible]

1. What is the main purpose of the study?

Figure 1

| Year | Number of people (millions) |
|------|-----------------------------|
| 1980 | 18                          |
| 1985 | 22                          |
| 1990 | 26                          |
| 1995 | 30                          |
| 2000 | 34                          |
| 2005 | 38                          |
| 2020 | 42                          |

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

[illegible][illegible]

7/10/08

| AGE | SEX | WEIGHT | REMARKS      |
|-----|-----|--------|--------------|
| 1   | ♂   | 10.5   | 1st yearling |
| 2   | ♀   | 10.5   | 1st yearling |
| 3   | ♂   | 10.5   | 1st yearling |
| 4   | ♀   | 10.5   | 1st yearling |
| 5   | ♂   | 10.5   | 1st yearling |
| 6   | ♀   | 10.5   | 1st yearling |
| 7   | ♂   | 10.5   | 1st yearling |
| 8   | ♀   | 10.5   | 1st yearling |
| 9   | ♂   | 10.5   | 1st yearling |
| 10  | ♀   | 10.5   | 1st yearling |

X Mon. 6m. João + Chico

③ Are Leopards Keypets?

① can afford 70% +

burns little - Brogenal  
the super character  
the super character

Quinto de 186

[illegible]

DEFINICION

|                                                                           |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| George (Lynn) - Pasadena<br>Vernice - Los Angeles<br>Cedric - Los Angeles | Herzog - Los Angeles<br>Marilyn - Los Angeles |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|

|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 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 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

② I - Wife of A. A. Hansen

Res. Emerald R.  
Res. Emerald R.

(2) Impulse of  $\vec{F}$  at  $t_0$  is given

Stallone  
P. A. Stallone et al.

(7) ১০ মিলিয়ন ১০৭ টি

Michael M. Mouta  
5400 Amerasia Institute  
CRM - RA 1103

Michal M. Noura  
Medical Anthropologist  
CRM-RA 1103

SUS



Protocolo 00175780  
Data Inscricao 21.9.19  
Data de Solto 2.10.19  
Número de AIH: 141950000531-9  
Enfermaria 404 4

1º AIH  
Eletiva

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR - AIH

Nome do Paciente: JENISON PINTO ARRUDA  
CPF: 2319059  
Data de Nascimento: 12/10/1991  
Sexo: 1 - Masculino  
Raça/Cor: PARDAS  
Nacionalidade: BRASILEIRA

Nome do Responsável: JENISON PINTO ARRUDA  
Endereço: RUA RUI AM ZONAS  
Cidade: BELA VISTA  
UF: RR  
CEP: 68.310-124

Endereço de Internação: Rua 2028  
Município: Roraima  
Código de Verificação: 0408020342  
Procedimento Principal: 02  
CID-10: 560.124  
CID-9: 26

| Ordem | Procedimento Realizado | Cod Op | CRM   | CCO | QNT | C UTI |
|-------|------------------------|--------|-------|-----|-----|-------|
| 01    |                        |        | 1908  |     | 1   |       |
| 02    |                        |        | 2028  |     | 1   |       |
| 03    |                        |        | 1106  |     | 1   |       |
| 04    |                        |        | 1851  |     | 6   |       |
| 05    |                        |        | 566   |     | 2   |       |
| 06    |                        |        | 2007  |     | 2   |       |
| 07    |                        |        | 69381 |     | 12  |       |
| 08    |                        |        |       |     |     |       |
| 09    |                        |        |       |     |     |       |
| 10    |                        |        |       |     |     |       |
| 11    |                        |        |       |     |     |       |
| 12    |                        |        |       |     |     |       |
| 13    |                        |        |       |     |     |       |
| 14    |                        |        |       |     |     |       |
| 15    |                        |        |       |     |     |       |

Assinatura do Médico Autorizador: Roraima - Roraima de Carvalho  
Data de Assinatura: 21.9.19  
CPF Autorizador: 768.264.736-15  
CNS Autorizador: 898.0007.5014.1817

SUS



Protocolo  
00175.00

Data Interação  
2.10.19

Data da Carta  
3.10.19

2º AIT  
Eletivo

Vinículo da AIT

141950000532-0

Interação

404

4

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR - AIT

Nome do Paciente

Nome do Profissional

QUINTA REBEL DE RORAIMA - HGR

CPF

2319859

Nome do Paciente

JOSE GOMES PINTO ARRUDA

Data de Nascimento

02/04/1954

Data de Nascimento

12/10/1991

SEXO

1 - Masculino

Raça/Cor

PARDA

CPF do Paciente

Nacionalidade

BRASILEIRA

Nome da Mãe

MARIA DE CONCEICAO PINTO DUAR

Nome do Responsável

JOSE GOMES PINTO ARRUDA

Telefone Contato

(95) 99175-6255

Endereço

RUA RICA AMAZONAS

Número

611

Edifício

DELA VISTA

Código do IBS

004

Código do IBS

140010

UF

RR

CPF

09.316-124

Unidade de Interação

Unidade de Interação

Médico Solicitante

Ederson

Código SUS

Código de Interação

0108020407

Procedimento Principal

Esp

C. Int.

010P

010S

010U

010V

Sexo Paciente

Nome Paciente

Nome Paciente

Alta

Transf

Obito

Procedimentos Realizados

| Ordem | Ata/Procedimento | Cod Ope | OFF/ENR | CRM   | PRO | QNT | OUT |
|-------|------------------|---------|---------|-------|-----|-----|-----|
| 01    | 1                |         |         | 1205  |     | 1   |     |
| 02    | 2                |         |         | 1333  |     | 1   |     |
| 03    | 3                |         |         | 693   |     | 1   |     |
| 04    | 4                |         |         | 1969  |     | 1   |     |
| 05    | 5                |         |         | 69389 |     | 1   |     |
| 06    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 07    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 08    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 09    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 10    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 11    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 12    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 13    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 14    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 15    |                  |         |         |       |     |     |     |

Assinatura

Nome do Médico

Rogério Alcides de Carvalho

Nome do Médico

Data Autorização

2.10.19

CPF Autorizador

768.264.730-16

CNS Autorizador

888 0007 5018 1917

Data Anulação

CPF Auditor

CNS Auditor

2017-10



GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMÍVEL EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Wilson Vinícius APT OU LEITO: 27a Nº DO PRONTUÁRIO: DATA: 21/09/19

CIRURGIA: TIPO: TEMPO DE DURAÇÃO: INÍCIO: 09:35 FIM: 10:22 TEMPO TOTAL:

ENFERMEIRO: Fabio EQUIPE MÉDICA: ANESTESISTA: Wickel RES. ANESTESIA: INSTRUMENTADOR:

AUXILIAR: Pedro CIRCULANTE: Elisângela Maria Raimunda TEMPO DE DURAÇÃO:

| QUANT.                              | MATERIAIS                   | VALOR | QUANT.                              | MEDICAMENTOS                                             | VALOR |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | PCTE COMPRESSAS C/ 02 UNID. |       | <input checked="" type="checkbox"/> | FRASCOS SORO FISIOLÓGICO - 500ml                         |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | PACOTES GAZE                |       |                                     | FRASCOS SORO RINGER LACTATO                              |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTÉRIL 7.0            |       |                                     | FRASCOS SORO GLUCOSADO                                   |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTÉRIL 7.5            |       |                                     | FIO VECRYL Nº                                            |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTÉRIL 8.0            |       | <input checked="" type="checkbox"/> | FIO MONONYLON Nº 4.0 / 3.0 -                             |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTÉRIL 8.5            |       |                                     | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº                                |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVAS P/ PROCEDEMENTOS      |       |                                     | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº                                |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LÂMINA BISTURI Nº 20        |       |                                     | FIO CATGUT SIMPLES Nº                                    |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | DRENO DE SUÇÃO Nº           |       |                                     | FIO CATGUT CROMADO Nº                                    |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | DRENO DE TORAX Nº           |       |                                     | FIO PROLENE Nº                                           |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | DRENO DE PENROSE Nº         |       |                                     | FIO SEDA Nº                                              |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 01ML                |       | <input checked="" type="checkbox"/> | 180ml <del>ANTIBIÓTICO</del> PUST <del>Antibiotico</del> |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 03ML                |       | <input checked="" type="checkbox"/> | 280ml <del>ANTIBIÓTICO</del> <del>Antibiotico</del>      |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 05 ML               |       | <input checked="" type="checkbox"/> | 12g <del>ANTIBIÓTICO</del> <del>Antibiotico</del>        |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 10ML                |       | <input checked="" type="checkbox"/> | 12g <del>ANTIBIÓTICO</del> <del>Antibiotico</del>        |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 20ML                |       | <input checked="" type="checkbox"/> | 12g <del>ANTIBIÓTICO</del> <del>Antibiotico</del>        |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Elipores                    |       | <input checked="" type="checkbox"/> | OUTROS: <del>Antibiotico</del> <del>Antibiotico</del>    |       |

1. Cateter de O<sub>2</sub> + 100ml Alcool 70% MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS: DEIXAR NA CC DO PACIENTE VALOR:

| INSTRUMENTADOR(A) | PRIMEIRA CHEFE           | MATERIAL MEDICAMENTOS               | SOMA TOTAL |
|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|------------|
|                   | <u>Gracia + Sullivan</u> | TAXA DE SALA                        |            |
| ACIONÁRIO/CAVALOS | CIRCULANTE DE SALA       | TAXA DE ANESTESIA                   |            |
|                   |                          |                                     | SOMA       |
|                   |                          | FOME EST. FORMIGADO A CONTABILIDADE |            |



### CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CRUÍVEIS

### Dados dos materiais/Service

[illegible]

## INSTRUMENTAÇÃO

Nespean, Gerald de Noronha  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 4300, Asa Sul  
CEP 53.316-000, Fone: 336.4444 - Brasília - DF  
Fax: 336.4444 - 2141  
E-mail: gerald@nespean.com.br





**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**Serviço de Ortopedia e Traumatologia**



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

|                                         |                                                          |       |      |      |                |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------|------|------|----------------|
| DATA DE ADMISSÃO                        |                                                          | DIH   |      | DN   |                |
| PACIENTE <i>Paulo Roberto</i>           |                                                          |       |      |      |                |
| AGNOSTIC <i>Ex. 14/10/1978 5º de 10</i> |                                                          |       |      |      |                |
| ALERGIAS                                |                                                          | HAS   | NEGA | DM2  | NEGA           |
| IDADE                                   |                                                          | LEITO |      | DATA | <i>4/10/19</i> |
| ITEM                                    | PRESCRIÇÃO                                               |       |      |      | HORARIO        |
| 1                                       | DIETA ORAL LIVRE                                         |       |      |      |                |
| 2                                       | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                 |       |      |      |                |
| 3                                       | SF 0,9% 500ML EV S/N                                     |       |      |      |                |
| 4                                       | DIPIRONA 500MG EV 8/8H                                   |       |      |      |                |
| 5                                       | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                                 |       |      |      |                |
| 6                                       | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA   |       |      |      |                |
| 7                                       | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 |       |      |      |                |
| 8                                       | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                    |       |      |      |                |
| 9                                       | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                          |       |      |      |                |
| 10                                      | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/8H                         |       |      |      |                |
| 11                                      | CIPROFLOXACINA 400MG EV OU 500MG VO 12/12H               |       |      |      |                |
| 12                                      | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |       |      |      |                |
| 13                                      | SSV + CCGG 8/8H                                          |       |      |      |                |
| 14                                      | CURATIVO DIÁRIO                                          |       |      |      |                |
| 15                                      |                                                          |       |      |      |                |
| 16                                      |                                                          |       |      |      |                |
| 17                                      |                                                          |       |      |      |                |
| 18                                      |                                                          |       |      |      |                |
| 19                                      |                                                          |       |      |      |                |
| 20                                      |                                                          |       |      |      |                |
| 21                                      |                                                          |       |      |      |                |

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEBILITADO NO SEIO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BCG, ARIANOTICO, ANTERIOR, AFEGRIL, EOPNEICO,  
 NORMOCEDRADO, HIBRATADO.  
 # SOLICITADO: RX: II CONDUTA: MANEJA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

*Dr. Pedro de S. Fausto*  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 04/10/2019

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

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*Admissionado ao UIC 35 do CC*



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

Genilson Raulo Amado

Leito: 03

Data: 24/09/18

Localização



Região: Membros

Ortopedia

Etiologia

( ) LPP I II III IV 2º ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular  
( ) Trauma: Tórax Fixador Externo ( ) Ortopedia  
( ) Outro:

Aparência do

Leito  
( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Escarado ( ) Granulação ( ) Epitelização  
( ) Ferida fechada ( ) Drenos/Sonda ( ) Outros

Pelo Profissional

( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema/Rubor  
( ) Outro:

Tipo de Exsudato

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

Quantidade de

Exsudato  
( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco

Solução de

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

Cobertura

primária  
( ) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel  
( ) Outro:

Truca

( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h

Profissional que

realizou

procedimento:

Valdineide da Silva Moraes  
Técnicas de Enfermagem  
COHEN EN 381192-11

Observações:

Wagner da Silva Moraes  
Técnicas de Enfermagem  
COHEN EN 381192-11  
Sila Marques  
Técnicas de Enfermagem  
COHEN EN 381192-11  
Procedido Curativo  
Wagner da Silva Moraes  
Técnicas de Enfermagem  
COHEN EN 381192-11





GOVERNADOR DO ESTADO  
Roraima

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

HGR



|                  |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |            |  |        |  |            |  |
|------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--|--------|--|------------|--|
| DATA DE ADMISSÃO |  | DIH                                                                                                                                                                                                                 |  | 21/09/2019 |  | DN     |  | 12/10/1991 |  |
| PACIENTE         |  | JENILSON PINTO ARRUDA                                                                                                                                                                                               |  |            |  |        |  |            |  |
| DIAGNÓSTICO      |  | FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO                                                                                                                                                                             |  |            |  |        |  |            |  |
| ALERGIAS         |  | HAS                                                                                                                                                                                                                 |  | DM2        |  |        |  |            |  |
| IDADE            |  | 27                                                                                                                                                                                                                  |  | LEITO      |  | MACA 3 |  | DATA       |  |
| ITEM             |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |            |  |        |  | HORÁRIO    |  |
| 1                |  | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                    |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 2                |  | AVP                                                                                                                                                                                                                 |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 3                |  | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H                                                                                                                                                                                      |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 4                |  | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H OU VO                                                                                                                                                                                    |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 5                |  | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N                                                                                                                                                                               |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 6                |  | OMEPRÁZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                                                                                                                                                                        |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 7                |  | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                             |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 8                |  | TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR                                                                                                                                                        |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 9                |  | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                                                                                                                                                                         |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 10               |  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                                 |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 11               |  | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                                     |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 12               |  | SSVV + CCGG 6/6H                                                                                                                                                                                                    |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 13               |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |            |  |        |  |            |  |
| 14               |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |            |  |        |  |            |  |
| 15               |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |            |  |        |  |            |  |
| 16               |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |            |  |        |  |            |  |
|                  |  | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 10 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |  |            |  |        |  |            |  |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO,  
RELATIVO, COMUNICATIVO, AUMENTANDO, SFM  
ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRIGO,  
AFÉBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS

| 6 H  | PA          | FC        | FR |
|------|-------------|-----------|----|
| 12 H | DE FICIT DE | FUNCIONAR |    |
| 18 H | 121/68      | 78        | 18 |
| 24 H | 155/96      | 63        | 36 |

Dr. Odinechi Okemini  
Médico  
CRM 1251

183/90 63 36,7°C

maca 3

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

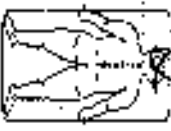
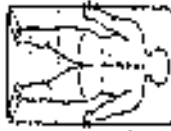
Yenilapen Pinto Juanda

Leito:

Mota 13

Data:

10/01/19

|                                         |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             | <br> | Região: <u>Péto</u><br>Grau: I ( ) II (X)                                                                                                                            | <br> | Região: <u>M/E</u><br>Grau: I ( ) II (X)                                                                                                                             |
| Etiologia                               | <input checked="" type="checkbox"/> LPP III/IV? ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro:       | <input checked="" type="checkbox"/> LPP III/IV? ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro: | <input checked="" type="checkbox"/> LPP III/IV? ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro:           | <input checked="" type="checkbox"/> LPP III/IV? ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro: |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Estocolo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>(X) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                                                    | ( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Estocolo (X) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                                              | ( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Estocolo (X) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                                                        | ( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Estocolo (X) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                                              |
| Pele Periférica                         | (X) Normal ( ) Malcheado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Gume                                                                                                          | (X) Normal ( ) Malcheado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Gume                                                                                                    | (X) Normal ( ) Malcheado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Gume                                                                                                              | (X) Normal ( ) Malcheado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Gume                                                                                                    |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Puro Soro ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                                   | ( ) Puro Soro ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                             | ( ) Puro Soro ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                                       | ( ) Puro Soro ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                             |
| Quantidade de Exsudato                  | (X) Mínimo ( ) Único ( ) Seco                                                                                                                                              | ( ) Mínimo ( ) Único ( ) Seco                                                                                                                                        | ( ) Mínimo ( ) Único ( ) Seco                                                                                                                                                  | ( ) Mínimo ( ) Único ( ) Seco                                                                                                                                        |
| Solução de Limpeza                      | (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrocol<br>( ) Outro:                        | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrocol<br>( ) Outro:                                     | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrocol<br>( ) Outro:                                               | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrocol<br>( ) Outro:                                     |
| Cobertura Plástica                      | ( ) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrocol<br>( ) Outro:                                                                                       | ( ) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrocol<br>( ) Outro:                                                                                 | ( ) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrocol<br>( ) Outro:                                                                                           | ( ) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrocol<br>( ) Outro:                                                                                 |
| Local                                   | ( ) 12/12 (X) Único ( ) 48/48h                                                                                                                                             | ( ) 12/12 (X) Único ( ) 48/48h                                                                                                                                       | ( ) 12/12 (X) Único ( ) 48/48h                                                                                                                                                 | ( ) 12/12 (X) Único ( ) 48/48h                                                                                                                                       |
| Profissional que realizou procedimento: | Neuza de Jesus N. Viana<br>Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas<br>COREN-RR 448.741                                                                               | Neuza de Jesus N. Viana<br>Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas<br>COREN-RR 448.741                                                                         | Neuza de Jesus N. Viana<br>Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas<br>COREN-RR 448.741                                                                                   | Neuza de Jesus N. Viana<br>Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas<br>COREN-RR 448.741                                                                         |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                      |

Maer 3

*Panic medicus*



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

**HGR**

**MACA 3**

|                                   |                                                                                                                                                                                                            |       |        |      |            |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                  |                                                                                                                                                                                                            | DIH   |        | DN   |            |
| PACIENTE JENILSON PINTO ARRUDA    |                                                                                                                                                                                                            |       |        |      |            |
| AGNOSTIC FX EXPOSTA 3RO QRD MAO D |                                                                                                                                                                                                            |       |        |      |            |
| ALERGIAS                          |                                                                                                                                                                                                            | HAS   |        | DM2  |            |
| IDADE                             | 21                                                                                                                                                                                                         | LEITO | MACA 3 | DATA | 23/09/2019 |
| ITEM                              | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                 |       |        |      | HORÁRIO    |
| 1                                 | DIETA LIVRE                                                                                                                                                                                                |       |        |      | 500        |
| 2                                 | AVP                                                                                                                                                                                                        |       |        |      | 1000       |
| 4                                 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                    |       |        |      |            |
| 5                                 | TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DU 1CP 50MG VO DE 8/8H                                                                                                                                                      |       |        |      |            |
| 6                                 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H                                                                                                                                                                                     |       |        |      |            |
| 7                                 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                        |       |        |      |            |
| 8                                 | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                                                                                                                                                                |       |        |      |            |
| 9                                 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O                                                                                                                                                                   |       |        |      |            |
| 10                                | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                            |       |        |      |            |
| 11                                | SSVV + CCGG 8/6 H                                                                                                                                                                                          |       |        |      |            |
| 12                                | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 H                                                                                                                                                                            |       |        |      |            |
| 13                                | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H                                                                                                                                                                                 |       |        |      |            |
| 14                                |                                                                                                                                                                                                            |       |        |      |            |
| 15                                |                                                                                                                                                                                                            |       |        |      |            |
| 16                                | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-260: 2UI; 261-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |       |        |      |            |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

OB: D PA: 110/70 PS: 80 TP: 36

| SINAIS VITAIS |        |    |    |      |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H           | PA     | FC | FR |      |
| 12 H          | 109/77 | 85 | 19 | 36.4 |
| 18 H          | 122/80 | 78 | 18 | 35.5 |
| 24 H          | 130/67 | 79 | +  | 35.3 |

Dr. Jairo de Aguiar Aguiar  
 CRP 566

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Amilisen Pinto Almeida

Leito: 03

Data: 28/09/19

Localização



Região: coxa

Grav: I ( ) II (X)



Região: M.S.D

Grav: I ( ) II (X)

Etiologia

( ) PP I II III IV V ( ) Queimadura ( ) Cirúrgica ( ) DM ( ) Vascular  
(X) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia  
( ) Outro:

( ) PP I II III IV V ( ) Queimadura ( ) Cirúrgica ( ) DM ( ) Vascular  
(X) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia  
( ) Outro: ECIDOMIOCELA

Aparência do Leito

( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Escarado (X) Granulação ( ) Epitelização  
( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros

( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Escarado (X) Granulação ( ) Epitelização  
( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros

Pele Periférica

( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seco ( ) Eritema / Rubor  
( ) Outros: edematizado

(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seco ( ) Eritema / Rubor  
( ) Outros:

Tipo de Exsudato

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

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

Quantidade de Exsudato

( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco

( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco

Solução de I limpeza

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

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

Cobertura primária

( ) Gaze ( ) Colaplast/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel  
(X) Outros: AGE

( ) Gaze ( ) Colaplast/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel  
( ) Outros:

Troca

( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h

( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h

Profissional que realizou

Roberta de Fátima R. Vianna  
Enfermeira

Roberta de Fátima R. Vianna  
Enfermeira

Procedimento

Observações:

Atualizado o curativo no dia 28/09/19  
Roberta de Fátima R. Vianna  
Enfermeira

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS ABERTOS**

[illegible]



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Secretaria de Saúde de Roraima

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

HGR  
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |       |            |      |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------|------------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                         |                                                                  | DIH   | 21/09/2019 | DN   | 12/10/1991 |
| PACIENTE JENILSON PINTO ARRUDA                                                                                                                                                                           |                                                                  |       |            |      |            |
| DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO                                                                                                                                                      |                                                                  |       |            |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                 |                                                                  |       |            |      |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                    | 27                                                               | HAS   |            | DM2  |            |
| ITEM                                                                                                                                                                                                     |                                                                  | LEITO | MACA 3     | DATA | 24/09/2019 |
| 1                                                                                                                                                                                                        | DIFTA ORAL LIVRE                                                 |       |            |      | HORARIO    |
| 2                                                                                                                                                                                                        | AVP                                                              |       |            |      |            |
| 3                                                                                                                                                                                                        | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H                                   |       |            |      |            |
| 4                                                                                                                                                                                                        | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H OU VO                                 |       |            |      |            |
| 5                                                                                                                                                                                                        | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H 5/N                           |       |            |      |            |
| 6                                                                                                                                                                                                        | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                     |       |            |      |            |
| 7                                                                                                                                                                                                        | PLASIL 10MG EV 8/8H 5/N                                          |       |            |      |            |
| 8                                                                                                                                                                                                        | TRAMAL 100MG + SFG 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR M |       |            |      |            |
| 9                                                                                                                                                                                                        | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS 5/N                      |       |            |      |            |
| 10                                                                                                                                                                                                       | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG              |       |            |      |            |
| 11                                                                                                                                                                                                       | CURATIVO DIÁRIO                                                  |       |            |      |            |
| 12                                                                                                                                                                                                       | SSVV + CCGG 6/6H                                                 |       |            |      |            |
| 13                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |       |            |      |            |
| 14                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |       |            |      |            |
| 15                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |       |            |      |            |
| 16                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |       |            |      |            |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                  |       |            |      |            |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

| SINAIS VITAIS |         |        |         |        |
|---------------|---------|--------|---------|--------|
| 6 H           | PA      | FC     | FR      | Temp   |
| 12 H          | 18.1/64 | 56 bpm | 18 mmHg | 35.8°C |
| 18 H          | 58/34   | 67     | 18      | 36.4°C |
| 24 H          |         |        |         |        |

Dr. Osmar O. Osmar  
Médico Roraima  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 185102

MACA 3

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborador: 02/2013

Atualizada: 12/2018

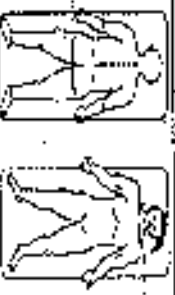
Paciente:

Jackson Pinto

Leitor: S

Data: 24/10/2014

Localização



Região: coxa esquerda



Região:

Grau: I ( ) II ( ) III ( )

Etiologia

( ) PP I II III IV V ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) EM ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:

( ) PP I II III IV V ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) EM ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:

Aparência do Leito

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

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

Pele Periférica

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

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

Tipo de Exsudato

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

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

Quantidade de Exsudato

( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco

( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco

Solução de limpeza

( ) Solução fisiológica 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Outro:

( ) Solução fisiológica 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Outro:

Cobertura primária

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

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

Troca

( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48

( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48

Profissional que realizou procedimento:

Assinatura do Profissional

Assinatura do Profissional

Assinatura do Profissional

Observações:

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HIGR

Paciente:

Demilson Pinto Amado

Leito: 3

Data: 24/04/19

| Localização            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Região: <u>MSD</u> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Região: <u>MLE</u> |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Etiologia              | <input type="checkbox"/> LPII III IV 2º <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura (A) <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tensão <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                        |                    | <input type="checkbox"/> LPII III IV 2º <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura (A) <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tensão <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                   |                    |
| Aparência do Leito     | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Estase <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Frituma/ Rubeor<br><input type="checkbox"/> Outro: |                    | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Estase <input type="checkbox"/> Granulação <input checked="" type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Frituma/ Rubeor<br><input type="checkbox"/> Outro: |                    |
| Polio Perifoneal       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |
| Tipo de Exsudato       | <input type="checkbox"/> Puntado <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                          |                    | <input type="checkbox"/> Puntado <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |
| Quantidade de Exsudato | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                    | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| Solução de Limpeza     | <input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colapase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                   |                    | <input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colapase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                   |                    |
| Cobertura primária     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |
| Procedimento           | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> 10x10 <input type="checkbox"/> 4x4/8h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                    | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> 10x10 <input type="checkbox"/> 4x4/8h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| Observações            | <p>Renata Silva Rodrigues<br/>COORDENADORA</p> <p>Ass. Químico da Saúde<br/>Téc. em Enfermagem<br/>COORDENADORA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    | <p>Ass. Químico da Saúde<br/>Téc. em Enfermagem<br/>COORDENADORA</p> <p>Ass. Químico da Saúde<br/>Téc. em Enfermagem<br/>COORDENADORA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |





CRANIOE NEUROLÓGICO  
Hospital de Referência Regional

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MACA 3

|                                                     |                                                                                                                                                                                                            |       |            |      |            |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                    |                                                                                                                                                                                                            | DIH   | 21/09/2019 | DN   | 12/10/1991 |
| PACIENTE JENILSON PINTO ARRUDA                      |                                                                                                                                                                                                            |       |            |      |            |
| DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO |                                                                                                                                                                                                            |       |            |      |            |
| ALERGIAS                                            |                                                                                                                                                                                                            | HAS   |            | DM2  |            |
| IDADE                                               | 27                                                                                                                                                                                                         | LEITO | MACA 3     | DATA | 25/09/2019 |
| ITEM                                                |                                                                                                                                                                                                            |       |            |      | HORARIO    |
| 1                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                           |       |            |      | S/D        |
| 2                                                   | AVP                                                                                                                                                                                                        |       |            |      | AVP        |
| 3                                                   | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H                                                                                                                                                                             |       |            |      | 12/12H     |
| 4                                                   | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H OU VO                                                                                                                                                                           |       |            |      | 6/6H       |
| 5                                                   | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N                                                                                                                                                                     |       |            |      | 6/6H       |
| 6                                                   | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                                                                                                                                                               |       |            |      |            |
| 7                                                   | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                    |       |            |      |            |
| 8                                                   | TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II                                                                                                                                            |       |            |      | 8/8H       |
| 9                                                   | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                                                                                                                                                                |       |            |      |            |
| 10                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                        |       |            |      |            |
| 11                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                            |       |            |      |            |
| 12                                                  | SSVV + CCGG 6/6H                                                                                                                                                                                           |       |            |      | SSVV       |
| 13                                                  |                                                                                                                                                                                                            |       |            |      |            |
| 14                                                  |                                                                                                                                                                                                            |       |            |      |            |
| 15                                                  |                                                                                                                                                                                                            |       |            |      |            |
| 16                                                  | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |       |            |      |            |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUTA: MANTIDA

| SINAIS VITAIS |        |    |    |        |
|---------------|--------|----|----|--------|
| 6 H           | PA     | FC | FR |        |
| 12 H          | 140/70 | 62 | 18 | 36.2   |
| 18 H          | 141/57 | 68 | -  | 35.8°C |
| 24 H          | 143/50 | 76 | -  | 36.5°C |

Dr. Guilherme Okamoto  
Médico Especialista em  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 164112

06 102 x 58 55 - 35.8

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Yamilton Pinto Amada

Leito:

03

Data: 25/09/19

Localização



Região: lomboc

Grav: I ( ) II (X)



Região: M.I.E

Grav: I ( ) II (X)

Fisiologia

( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) V ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular  
(X) Trauma Tração Fixador Externo ( ) Jorjexel  
( ) Outro:

( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) V ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular  
(X) Trauma Tração Fixador Externo ( ) ortopedia  
( ) Outro:

Aparência do

Leito

Pepe Periclesomil

Tipo de Exsudato

( ) Nécese: Amarelada/Negra ( ) Escurelo (X) Granulação ( ) Epitelização  
( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros  
(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor  
( ) Outro:

( ) Nécese: Amarelada/Negra ( ) Escurelo (X) Granulação ( ) Epitelização  
( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros  
(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor  
( ) Outro:

Quantidade de

Exsudato

Solução de

Limpeza

Cobertura

primária

Troca

Profissional que realizou procedimento:

Observações:

( ) 12/12

(X) Diário

( ) 48/48h

( ) 12/12

(X) 12/12

( ) 48/48h

(X) Soro fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%  
(X) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel  
(X) Outro: A.G.E.

(X) Soro fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%  
(X) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel  
(X) Outro: A.G.E.

Yamilton Pinto Amada  
CORRELA 12/12/19

Yamilton Pinto Amada  
CORRELA 12/12/19

Yamilton Pinto Amada  
CORRELA 12/12/19

Yamilton Pinto Amada  
CORRELA 12/12/19

Yamilton Pinto Amada  
CORRELA 12/12/19

Yamilton Pinto Amada  
CORRELA 12/12/19

Yamilton Pinto Amada  
CORRELA 12/12/19



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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Apresentação: ☐ Sim ☐ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - corpo ☐ Gotícula - periferia  
 Alerta: ☐ Sim ☐ Não Qual (is): \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ F ☐ M  
 Paciente Indígena: ☐ Não ☐ Sim Necessidade de Interpretar: ☐ Sim ☐ Não Qual idioma: \_\_\_\_\_  
 Possui comorbidade: ☐ Sim ☐ Não Obs: \_\_\_\_\_  
 Circulação: ☐ Normal ☐ Acamada ☐ Espinha de todos ☐ Comprometida: \_\_\_\_\_

## SISTEMA NEUROLÓGICO

Consciente: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Não Reage ☐ Alterações:  
 PUPILAS: ☐ Pupila esquerda ☐ Miotica ☐ Miódica ☐ Anisocoria ☐ Não reagentes ☐ Aférril ☐ Alterações:  
 Temperatura: ☐ Normotérmica ☐ Febre ☐ Hipotérmica

## SISTEMA RESPIRATÓRIO

Eupneico: ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar anêmico ☐ Traqueostomia ☐ Aspiração  
 Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Dose: \_\_\_\_\_

## SISTEMA CARDIOVASCULAR

Normotensão: ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Normotensão ☐ Distendido ☐ Gêlido  
 Pulso: ☐ Normal ☐ Filiforme ☐ Arritmico ☐ Presença ☐ Ausente  
 Exame físico: ☐ Bulhas cardíacas ☐ Pulso: \_\_\_\_\_

## SISTEMA URINÁRIO / DIÁRISE

Espontâneo: ☐ Sim ☐ Não ☐ Urina ☐ Urina ☐ Cistostomia  
 Anúria: ☐ Sim ☐ Não ☐ Cistostomia  
 Integridade cutânea: ☐ Sim ☐ Não ☐ Cistostomia

## CARACTERÍSTICAS DA PELE

Hidratada: ☐ Sim ☐ Não ☐ Reabrida  
 Desidratada: ☐ Sim ☐ Não ☐ Anestesia  
 Normocrado: ☐ Sim ☐ Não ☐ Reabrida  
 Lesão por pressão: ☐ Sim ☐ Não ☐ Reabrida

## CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRÊNS

Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
 Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
 Sinal de infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não Curativo realizado em: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Dreno: ☐ Sim ☐ Não Aspecto da secreção: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Curativos: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Degradação prejudicada ☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Risco de Lesão por Pressão ☐  
 Risco de infecção ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Risco de Quedas ☐  
 Risco de nutrição desequilibrada ☐ Mobilidade física prejudicada ☐ Risco de Broncoaspiração ☐  
 Risco de glicemia instável ☐ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Risco de eliminação urinária prejudicada ☐  
 Risco de desequilíbrio do volume ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Risco de constipação ☐  
 Volume de líquidos excessivo ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Comunicação deficiente ☐  
 Volume de líquidos deficiente ☐ Padrão de autocuidado para higiene ☐

## Escala de Morse

1. Histórico de Quedas: ☐ Não ☐ Sim ☐ Sim  
 2. Diagnóstico Secundário: ☐ Não ☐ Sim  
 3. Terapia farmacológica/dispositivo utilizado: ☐ Não ☐ Sim  
 4. Auxílio na deambulação: ☐ Não ☐ Sim  
 5. Marcha/Deambulação: ☐ Não ☐ Sim

## Prescrição de Cuidado Para Quedas

1. Manter grades laterais elevadas ☐  
 2. Identificar o risco de queda na placa de identificação ☐  
 3. Auxiliar o paciente na higiene ☐  
 4. Orientar o paciente a pedir ajuda para sair de cama ☐  
 5. Manter cama com rodízios travados ☐  
 6. Necessidade de continência no leito ☐  
 7. Manter vigilância de \_\_\_\_\_ horas ☐  
 8. Colocar sapato no pé ☐  
 9. Monitorar de uso pessoal ao alcançar do meio ☐

## Registro Geral

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



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

HGR

MACA  
3

|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                  |        |  |            |  |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------|--|------------|--|---------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    |                                                                  | DIH    |  | DN         |  |         |
| PACIENTE JENILSON PINTO ARRUDA                                                                                                                                                                                      |                                                                  |        |  |            |  |         |
| DIAGNOSTICO FX RADIO DISTAL, ESTILOIDE ULNA E EXPOSTA PE                                                                                                                                                            |                                                                  |        |  |            |  |         |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            |                                                                  | HAS    |  | DM2        |  |         |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               |                                                                  | LEITO  |  | DATA       |  |         |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                |                                                                  | MACA03 |  | 26/09/2019 |  |         |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DICTA ORAL ZERO                                                  |        |  |            |  | HORARIO |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | AVP                                                              |        |  |            |  | 5:00    |
| 3                                                                                                                                                                                                                   | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                                 |        |  |            |  | 12:00   |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H                       |        |  |            |  | 18:00   |
| 5                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N                           |        |  |            |  | 21:00   |
| 6                                                                                                                                                                                                                   | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                     |        |  |            |  | 05:00   |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                          |        |  |            |  | 08:00   |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SF DOR IN |        |  |            |  | 11:00   |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | S/MENKONA 1 CP OU 40 GQTAS V.O 8/8 HRS S/N                       |        |  |            |  | 14:00   |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG              |        |  |            |  | 17:00   |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                                  |        |  |            |  | 20:00   |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6H                                                 |        |  |            |  | 23:00   |
| 13                                                                                                                                                                                                                  |                                                                  |        |  |            |  |         |
| 14                                                                                                                                                                                                                  |                                                                  |        |  |            |  |         |
| 15                                                                                                                                                                                                                  |                                                                  |        |  |            |  |         |
| 16                                                                                                                                                                                                                  |                                                                  |        |  |            |  |         |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                  |        |  |            |  |         |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUZA MANTIDA

SINAIS VITAIS:

| 6H                      | PA     | FC | FR |      |
|-------------------------|--------|----|----|------|
| PACIENTE SEM TRATAMENTO |        |    |    |      |
| MATERIA PARA REALIZAR   |        |    |    |      |
| PROCEMENTO              | 98/60  | 70 | 19 | 36,5 |
| 24H                     | 118/64 | 84 | 19 | 36,1 |

12 h PA = 118/64 P = 82 T = 36,5

6:00 PA: 107/67 T: 36,2 K: 19 FC: 77

as 13h a seguir adm  
medicação de horário  
f: SSVV  
Ana Maria S. Atencio  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN RR 000.477-54

336. Realizado medicação  
do paciente no momento  
mas tem na farmácia

Prescrita por  
Técnica de Enfermagem  
COREN RR 151.210-72

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Protocolo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente: Jonher Ruls

Leito: m 13

Data: 26/09/13

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Localização                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Região: <u>m 13, m 50 (bolsa)</u> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Região: _____ |
| Fisiologia                              | <input checked="" type="checkbox"/> PP-TH III IV 2º <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <u>Traço</u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Infecção</u> |                                   | <input type="checkbox"/> LPI I II III IV 2º <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <u>traço</u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: |               |
| Aparência do Eflu                       | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfúculo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros:                                                                  |                                   | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfúculo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros:                                           |               |
| Pele Perifereional                      | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                               |                                   | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                            |               |
| tipo de Exsudato                        | <input type="checkbox"/> Eumleno <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                           |                                   | <input type="checkbox"/> Eumleno <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                        |               |
| Quantidade de Exsudato                  | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                          |               |
| Solução de Lavagem                      | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%                                                                                                                                                                                                                     |                                   | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%                                                                                                                                                                                             |               |
| Cobertura primária                      | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrina <input checked="" type="checkbox"/> Substância de Preenchimento <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                              |                                   | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrina <input type="checkbox"/> Substância de Preenchimento <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                      |               |
| Troca                                   | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                            |                                   | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                         |               |
| Profissional que realizou procedimento: | <u>Enfermeira: Jéssica N. Viana</u><br><u>Assistente Social: Jéssica N. Viana</u><br><u>Ortopedista: Jéssica N. Viana</u>                                                                                                                                                                                                                                            |                                   | <u>Enfermeira: Jéssica N. Viana</u><br><u>Assistente Social: Jéssica N. Viana</u><br><u>Ortopedista: Jéssica N. Viana</u>                                                                                                                                                                                              |               |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |



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

|                                                                                                         |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|
| Data: ____/____/20__                                                                                    |  | Enfermaria: _____                                    |                                                                                            | Leito: _____                                               |  |
| Nome Completo: _____                                                                                    |  |                                                      |                                                                                            | DN: ____/____/____                                         |  |
| História Diagnóstica:                                                                                   |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
| Precaução: ( ) Sim ( ) Não ( ) Pad. Su ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos    |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
| Alergia: ( ) Sim ( ) Não Qual (s): _____ Sexo: ( ) F ( ) M                                              |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
| Paciente Indigente: ( ) Não ( ) Sim Necessidade de Interprete? ( ) Sim ( ) Não Qual idioma: _____       |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
| Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não Obs: _____                                                         |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
| Descrição do Sinal: ( ) Normal ( ) Alterado ( ) Cordeiro de rodas ( ) Comorbidade: _____                |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
| <b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b>                                                                              |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
| ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Não Responde ( ) Alterações: _____        |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
| <b>PUPILAS</b>                                                                                          |  |                                                      | <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>                                                                   |                                                            |  |
| ( ) Esféricas ( ) Mioticas ( ) Miotéticas ( ) Aférril ( ) Febril ( ) Hipertérmica                       |  |                                                      | ( ) Isotéricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes ( ) Alterações: _____                    |                                                            |  |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>                                                                             |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
| ( ) Eufônica ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ambiente ( ) Trípneustomia ( ) Aspiração |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
| ( ) Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não Qual: _____                                                          |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
| <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>                                                                           |  |                                                      | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>                                                                 |                                                            |  |
| ( ) Normotônico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Gástrico            |  |                                                      | ( ) Pulsátil ( ) Filiforme ( ) Arterial ( ) Ruidos hidroacústicos ( ) Presente ( ) Ausente |                                                            |  |
| Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____                                                      |  |                                                      | Alterações: _____                                                                          |                                                            |  |
| <b>SISTEMA URINÁRIO / MUSESE</b>                                                                        |  |                                                      | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>                                              |                                                            |  |
| ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Falsa ( ) Urge ( ) VD ( ) SSV/SOS ( ) SSV/SOS ( ) 14-7                       |  |                                                      | ( ) Aceleração da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcel                                        |                                                            |  |
| ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Clotostomia                                                                 |  |                                                      | Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia                                        |                                                            |  |
| ( ) Irrigação contínua ( ) Outros: _____                                                                |  |                                                      | Alterações: _____                                                                          |                                                            |  |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>                                                                          |  |                                                      | <b>Edema Local: _____</b>                                                                  |                                                            |  |
| ( ) Higrática ( ) Desidratada ( ) Rubicunda ( ) Edema Local: _____                                      |  |                                                      | ( ) Normotônica ( ) Ictérica ( ) Anictérica ( ) Edema Local: _____                         |                                                            |  |
| Lesão por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região: _____                                                        |  |                                                      | Risco de Lesão Sinalizado: _____                                                           |                                                            |  |
| <b>CONTROLE DE CATÉTERES/SONDAS/DRENOS</b>                                                              |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
| Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não                                                                     |  | Local: _____ Data: _____                             |                                                                                            | Trocar em: _____                                           |  |
| Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não                                                                        |  | Local: _____ Curativo realizado em: _____            |                                                                                            | Trocar em: _____                                           |  |
| Sinal de infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não                                                   |  | Aspecto da secreção: _____                           |                                                                                            | Quantidade: _____                                          |  |
| Dreno de: _____                                                                                         |  | Local: _____                                         |                                                                                            |                                                            |  |
| Curativos: ( ) Sim ( ) Não                                                                              |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>                                                                        |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
| ( ) Depleção de líquidos                                                                                |  | ( ) Febre respiratória baixa                         |                                                                                            | ( ) Risco de Lesão por Pressão                             |  |
| ( ) Risco de Infecção                                                                                   |  | ( ) Ventilação espontânea prejudicada                |                                                                                            | ( ) Risco de Quedas                                        |  |
| ( ) Risco de nutrição desequilibrada                                                                    |  | ( ) Mobilidade física prejudicada                    |                                                                                            | ( ) Risco de Broncoaspiração                               |  |
| ( ) Risco de sistema imunitário                                                                         |  | ( ) Risco de integridade da pele prejudicada         |                                                                                            | ( ) Eliminação urinária prejudicada                        |  |
| ( ) Risco de desequilíbrio do volume                                                                    |  | ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal   |                                                                                            | ( ) Risco de constipação                                   |  |
| ( ) Volume de fluidos excessivo                                                                         |  | ( ) Febre de zona prejudicada                        |                                                                                            | ( ) Comunicação deficiente                                 |  |
| ( ) Volume de líquidos deficiente                                                                       |  | ( ) Déficit na habilidade para Higiene               |                                                                                            |                                                            |  |
| <b>Escala de Morse</b>                                                                                  |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
| 1. Histórico de Queda                                                                                   |  | 6. Estado Mental                                     |                                                                                            | Prevenção de Quedas                                        |  |
| NÃO                                                                                                     |  | 0 Orientado/limitado/conhece as limitações           |                                                                                            | ( ) Manter grades laterais elevadas                        |  |
| SIM                                                                                                     |  | 25 Superadora capacidade/Exercite limitação          |                                                                                            | ( ) Identificar o risco de queda na placa de identificação |  |
| 3. Diagnóstico secundário                                                                               |  | TOTAL: _____                                         |                                                                                            | ( ) Auxiliar o paciente na higiene                         |  |
| 2. Risco de Queda                                                                                       |  | Risco Baixo: 0 - 24                                  |                                                                                            | ( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair do cama    |  |
| SIM                                                                                                     |  | Risco Médio: 25 - 44                                 |                                                                                            | ( ) Manter cama com rodas travadas                         |  |
| 3. Telexe Linderoze/dispositivo saliente                                                                |  | Risco Alto: Maior que 45                             |                                                                                            | ( ) Necessidade de contenção de laço                       |  |
| NÃO                                                                                                     |  | 5. Sinalização do Risco                              |                                                                                            | ( ) Manter vigilância de ____ / ____ horas                 |  |
| SIM                                                                                                     |  | ( ) Risco sinalizado no quadro de posu/enfermagem    |                                                                                            | ( ) Calçado seguro nos pés                                 |  |
| 4. Apoio na Desambulação                                                                                |  | ( ) Risco registrado na placa de identificação leita |                                                                                            | ( ) Material de uso pessoal ao alcance de mão              |  |
| Perigoso/Acomodado/Auxiliado                                                                            |  | 0                                                    |                                                                                            |                                                            |  |
| Inútil/Bengala/Auxiliado                                                                                |  | 15                                                   |                                                                                            |                                                            |  |
| Mobilidade Parcial                                                                                      |  | 30                                                   |                                                                                            |                                                            |  |
| 5. Marcha/Desambulação                                                                                  |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
| Normal/Severamente Alterada/Acomodado                                                                   |  | 0                                                    |                                                                                            |                                                            |  |
| Parcial                                                                                                 |  | 15                                                   |                                                                                            |                                                            |  |
| Comarcado/Combalança                                                                                    |  | 20                                                   |                                                                                            |                                                            |  |
| <b>Registro Geral:</b>                                                                                  |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |
| Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____                                                                  |  |                                                      |                                                                                            |                                                            |  |

404-4


 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

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

HGR

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                                                    |                                                              |       |        |      |            |    |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------|--------|------|------------|----|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                   |                                                              |       |        | DIH  | 21/09/2019 | DN | 12/10/1991 |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                           | JENILSON PINTO ARRUDA                                        |       |        |      |            |    |            |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                        | FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO                      |       |        |      |            |    |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                           |                                                              |       | HAS    |      | DM2        |    |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                              | 27                                                           | LEITO | MACA 3 | DATA | 27/09/2019 |    |            |
| ITEM                                                                                                                                                                                                               |                                                              |       |        |      |            |    | HORARIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                  | DIETA ORAL LIVRE                                             |       |        |      |            |    | SOD        |
| 2                                                                                                                                                                                                                  | AVP                                                          |       |        |      |            |    | 12/12/19   |
| 3                                                                                                                                                                                                                  | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H                               |       |        |      |            |    | NTV        |
| 4                                                                                                                                                                                                                  | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H                                   |       |        |      |            |    | 12/12/19   |
| 5                                                                                                                                                                                                                  | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N                       |       |        |      |            |    | 12/12/19   |
| 6                                                                                                                                                                                                                  | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                 |       |        |      |            |    | 12/12/19   |
| 7                                                                                                                                                                                                                  | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                      |       |        |      |            |    | 12/12/19   |
| 8                                                                                                                                                                                                                  | TRAMAL 100MG + SFD 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR |       |        |      |            |    | 12/12/19   |
| 9                                                                                                                                                                                                                  | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                  |       |        |      |            |    | 12/12/19   |
| 10                                                                                                                                                                                                                 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG          |       |        |      |            |    | 12/12/19   |
| 11                                                                                                                                                                                                                 | CURATIVO DIÁRIO                                              |       |        |      |            |    | 12/12/19   |
| 12                                                                                                                                                                                                                 | SSVV + CCGG 6/6H                                             |       |        |      |            |    | 12/12/19   |
| 13                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |       |        |      |            |    | 12/12/19   |
| 14                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |       |        |      |            |    | 12/12/19   |
| 15                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |       |        |      |            |    | 12/12/19   |
| 16                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |       |        |      |            |    | 12/12/19   |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                              |       |        |      |            |    |            |

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
 CONDUTA: MANTIDA

IL

 SSVV 6H  
 PA 700/60  
 FC 80  
 T 36,7

| SINAIS VITAIS |        |    |    |     |
|---------------|--------|----|----|-----|
| 6 H           | PA     | FC | FR |     |
| 12 H          | 135/80 | 81 | 19 | 30p |
| 18 H          | 108/60 | 83 | 19 | 35p |
| 24 H          | 90/60  | 72 | 79 | 35p |

 DR. OSMAR OKENKI  
 MEDICO RESPONSÁVEL  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM 18518

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HCR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2015

Paciente: Yvelian Pinto Amade

Leito: 03

Data: 27/09/19

Localização



Região: M10

Grav: I ( ) II (x)



Região: M15 D1

Grav: I (x) II (x)

Etiologia

( ) LPP I II III IV 9\* ( ) Queimadura (-) ( ) Fístula ( ) DM (-) ( ) Vascular  
( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia.  
( ) Outro:

( ) LPP I II III IV 9\* ( ) Queimadura (-) ( ) Cirurgia (-) DM (-) Vascular  
( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia  
( ) Outro:

Aparência do  
leito

( ) Neurose: Ansiedade/Negra ( ) Escarola ( ) Granulação ( ) Epitelização  
( ) Ferida fechada ( ) Drenos/ Sonda ( ) Outros

( ) Neurose: Ansiedade/Negra ( ) Escarola ( ) Granulação ( ) Epitelização  
( ) Ferida fechada ( ) Drenos/ Sonda ( ) Outros

Pele: Perifoneal

( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Húmida / Rubor  
( ) Outro:

( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Húmida / Rubor  
( ) Outro:

Tipo de Exsudato

( ) Ferimento (x) Seco ( ) Sanguinolento ( ) Serososanguíneo ( ) Seco  
( ) Outro:

( ) Ferimento (x) Seco ( ) Sanguinolento ( ) Serososanguíneo ( ) Seco  
( ) Outro:

Quantidade de  
Exsudato

( ) Molhado (x) Úmido ( ) Seco

( ) Molhado (x) Úmido ( ) Seco

Soluções de  
limpeza

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

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

Governança  
primária

(x) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase (x) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel  
( ) Outro:

(x) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel  
( ) Outro:

Troca

( ) 12/12 (x) Diário ( ) 48/48h

( ) 12/12 (x) Diário ( ) 48/48h

Profissional que  
realizou  
procedimento

Valéria da Silva Mourais  
Técnica de Enfermagem  
CRN 33.335  
COPEN 33.335-15

Valéria da Silva Mourais  
Técnica de Enfermagem  
CRN 33.335-15  
COPEN 33.335-15

Observações:

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

Date: / / 20

Enfermarla:

1917

Nome Completo:

DN:

Հիշե՛ք ճշգրտված:

|            |      |    |   |       |         |                   |                     |
|------------|------|----|---|-------|---------|-------------------|---------------------|
| Precaução: | Sig. | hã | r | Redes | Contato | Epitela - aerosol | Epitela - peridipos |
|------------|------|----|---|-------|---------|-------------------|---------------------|

Nome:  S:  I:  N:  O:  Q:  R:  S:  T:  U:  V:  W:  X:  Y:  Z:

|                     |      |     |                         |     |     |              |
|---------------------|------|-----|-------------------------|-----|-----|--------------|
| Qual idioma:        | 1980 | Sim | Resposta de Ingerarcia? | Sim | Não | Qual idioma: |
| Phon. acompanhante: | Sim  | Não | Obs:                    |     |     |              |

Distribuição: ☐ Normal ☐ Acornado ☒ Caída de rodas ☐ Comprometida

| SISTEMA NEUROLÓGICO |               |                  |             |                  |                |  |
|---------------------|---------------|------------------|-------------|------------------|----------------|--|
| ( ) Consciente      | ( ) Orientado | ( ) Desorientado | ( ) Agitado | ( ) Não Responde | ( ) Alterações |  |

|                |              |              |  |             |  |                   |                  |
|----------------|--------------|--------------|--|-------------|--|-------------------|------------------|
| PUPILAS        |              | Regimentado  |  | Não Regte   |  | Alterações:       |                  |
| Fosforreagente | Amorfas      | Mediática    |  | Alebril     |  | REGULAÇÃO TÉRMICA |                  |
| Isodínicas     | Anisodínicas | Não Regentes |  | Alterações: |  | Fabril            | ( ) Hipertérmica |

| SISTEMA RESPIRATÓRIO |            |            |          |          |               |         |
|----------------------|------------|------------|----------|----------|---------------|---------|
| Superfície           | Bradipnéia | Taquipnéia | Dispnéia | Asfórtia | Traqueostomia | Asfixia |

|                        |                   |        |                      |                     |
|------------------------|-------------------|--------|----------------------|---------------------|
| Oxigenoterapia:        | Sina              | NAO    | Qual:                |                     |
| SISTEMA CARDIOVASCULAR |                   |        |                      | REGULAÇÃO ABDOMINAL |
| Normotensão:           | Brilhardico       |        | Tenuefardico         | Normotensão         |
| Pulso Cordic           | Filiforme         |        | Artrmico             | Distendida          |
| Exame Fisica:          | Suflas Cardiacas: | Pulso: | Ruidos Hidrobrascos: | Presente            |
|                        |                   |        | Alterações:          | Ausente             |

| SISTEMA URINÁRIO / ORINÁRIO |         |        |             | ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL |          |          |               |
|-----------------------------|---------|--------|-------------|----------------------------------------|----------|----------|---------------|
| Experiências                | 500     | Froida | Urôper      | 100                                    | SENE/SOS | SENE/SOE | SENE          |
| Amore                       | Origula |        | Cistostomia | Aceitação de dieta:                    | Sim      | Não      | Parcial       |
| 1 - gado contínuo           | Outros: |        |             | Exatidão:                              | Presença | Ausente  | Indeterminada |

| CARACTERÍSTICAS DA PNE              |                                                           |                                     |                                                               | Alterações:                                                         |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hidratada  | <input type="checkbox"/> Desidratada                      | <input type="checkbox"/> Ressecada  |                                                               | <input type="checkbox"/> Presença <input type="checkbox"/> Ausência |
| <input type="checkbox"/> Normotensa | <input type="checkbox"/> Idírica                          | <input type="checkbox"/> Antiídrica |                                                               | <input type="checkbox"/> Presença <input type="checkbox"/> Ausência |
| Lesão por pressão:                  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Região:                             | <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Local |                                                                     |
|                                     |                                                           |                                     |                                                               | <input type="checkbox"/> Risco de Lesão Simples                     |

| CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS                      |                            |                                               |
|----------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|
| Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não                      | Local: _____               | Data: _____ Trocar em: _____                  |
| Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não                         | Local: _____               | Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ |
| Sinal de infiltração ao redor da punção: ( ) Sim ( ) Não | Aspecto da secreção: _____ | Quantidade: _____                             |
| Ornato da: _____                                         | Local: _____               |                                               |
| Quilômetro: ( ) Sim ( ) Não                              |                            |                                               |

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

|                                  |                                                    |                                     |
|----------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Deglutição prejudicada           | ( ) Risco de aspiração infecciosa                  | ( ) Risco de Lesão por Pressão      |
| Risco de Infecção                | ( ) Vômito espontâneo profuso                      | ( ) Risco de Quedas                 |
| Risco de nutrição desequilibrada | ( ) Mobilidade física prejudicada                  | ( ) Risco de Broncoaspiração        |
| Risco de eliminação intestinal   | ( ) Risco de integridade da pele prejudicada       | ( ) Eliminação urinária prejudicada |
| Risco de desequilíbrio de volume | ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | ( ) Risco de constipação            |
| Volume de líquidos excessivo     | ( ) Risco de sono prejudicado                      | ( ) Comunicação eficaz              |
| Volume de líquidos deficiente    | ( ) Déficit no autocuidado para higiene            |                                     |

| Escala de Morse                       |                                                       | Prescrição de Cuidado Pré-Quedas                           |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Histórico de Queda                    | 6. Estado Mental                                      | ( ) Manter grades laterais elevadas                        |
| Uso                                   | 0 Orientado/limitado/semelh. as limitações            | ( ) Identificar o risco de queda na placa de identificação |
| Sim                                   | 25 Superestima capacidade/escutez limitação           | ( ) Avaliar o paciente na higiene                          |
| Diagnóstico Secundário                | TOTAL:                                                | ( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair de cama    |
| Uso                                   | 0 Risco Baixo: 0 - 24                                 | ( ) Manter cama com rodas travadas                         |
| Sim                                   | 15 Risco Médio: 25 - 44                               | ( ) Necessidade de continer ao leito ( )                   |
| Tarefa Endereçada/positivo salientado | Risco Alto: Valor que 45                              | ( ) Manter vigilância de / horas                           |
| Uso                                   | 0 Semelhante do Risco                                 | ( ) Cuidado seguro nos pés                                 |
| Sim                                   | 20 Risco sinalizado no quadro de pos/entfermagem      | ( ) Material de uso pessoal ao paciente durante            |
| Auxílio na Desambulação               | ( ) Risco sinalizado no quadro de identificação leito |                                                            |

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Benito/Alameda/A. Alifredo   | 0  |
| Muñoz/Bergola/Andrzej        | 15 |
| Roberto/Parade               | 30 |
| F. Marcha/Deand/Dulce        |    |
| Formal/Scm: deamb/De/Acamado | 3  |
| Baru                         | 10 |
| Com: deamb/Deamb/De          | 4  |

Registered General

Enfermeiro Assistente de Cuidados



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

HGR

|                  |                                                                                                                                                                                                                    |       |            |      |            |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO |                                                                                                                                                                                                                    | DIH   | 21/09/2019 | DN   | 12/10/1991 |
| PACIENTE         | JENILSON PINTO ARRUDA                                                                                                                                                                                              |       |            |      |            |
| DIAGNOSTICO      | FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO                                                                                                                                                                            |       |            |      |            |
| ALERGIAS         |                                                                                                                                                                                                                    | HAS   |            | DM2  |            |
| IDADE            | 27                                                                                                                                                                                                                 | LEITO | 404-4      | DATA | 28/09/2019 |
| ITEM             |                                                                                                                                                                                                                    |       |            |      | HORÁRIO    |
| 1                | DIFTA ORAL CIVRF                                                                                                                                                                                                   |       |            |      | SN         |
| 2                | AVP                                                                                                                                                                                                                |       |            |      | SN         |
| 3                | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H                                                                                                                                                                                     |       |            |      | SN         |
| 4                | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H                                                                                                                                                                                         |       |            |      | SN         |
| 5                | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N                                                                                                                                                                              |       |            |      | SN         |
| 6                | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                                                                                                                                                                       |       |            |      | SN         |
| 7                | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                            |       |            |      | SN         |
| 8                | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II                                                                                                                                                    |       |            |      | SN         |
| 9                | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                                                                                                                                                                        |       |            |      | SN         |
| 10               | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                                |       |            |      | SN         |
| 11               | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                                    |       |            |      | SN         |
| 12               | SSVV + CCGG 6/6H                                                                                                                                                                                                   |       |            |      | SN         |
| 13               |                                                                                                                                                                                                                    |       |            |      | SN         |
| 14               |                                                                                                                                                                                                                    |       |            |      | SN         |
| 15               |                                                                                                                                                                                                                    |       |            |      | SN         |
| 16               |                                                                                                                                                                                                                    |       |            |      | SN         |
| 17               |                                                                                                                                                                                                                    |       |            |      | SN         |
| 18               |                                                                                                                                                                                                                    |       |            |      | SN         |
|                  | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |       |            |      |            |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

| SINAIS VITAIS |        |    |    |      |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H           | PA     | FC | FR |      |
| 12 H          | 118/66 | 59 | 20 | 37.1 |
| 18 H          |        |    |    |      |
| 24 H          |        |    |    |      |

Dr. Odinaldo  
Médico Especialista em  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 14.540-0

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Ferimentos em Tratamento de Feridas

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

HGR

Paciente: Yulson Pinto Almeida

Leito: 408-4

Data: 28/09/19

Atualizada: 12/2018

Localização



Região: M5D

Grau: I ( ) II (X)

Etiologia

☐ Queimadura ☒ Cirúrgica ☐ DM ☐ Vascular  
☐ Trauma: Tratado Fixador Externo ☐ Ortopedia  
☒ Outro: Procedimento

Aparência do Leito

☒ Necrose: Amarela/Negra ☐ Infundido ☐ Granulação ☐ Estabilização  
☒ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros

Pele Perifoneal

☐ Normal ☒ Macerado ☐ Seca ☐ Friagem / Rulcor  
☐ Outro:

Tipo de Exsudato

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

Quantidade de Exsudato

☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco

Solução de Limpeza

☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%

Cobertura primária

☒ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel  
☐ Outro:

Procedimento

☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Marta de Jesus Almeida  
Assistente de Enfermagem  
COREN-RR 10.108

Marcelo dos Santos  
Assistente de Enfermagem  
COREN-RR 10.108

Marta de Jesus Almeida  
Assistente de Enfermagem  
COREN-RR 10.108

Marcelo dos Santos  
Assistente de Enfermagem  
COREN-RR 10.108

Luciene Moreira  
Assistente de Enfermagem  
COREN-RR 10.108

Observações:

[illegible]









ESTAB. DE SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

HGR

404  
4

|                                                                                                                                                                                                            |  |       |  |            |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|--|------------|---------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           |  | DIH   |  | DN         |         |
| PACIENTE: JENILSON PINTO ARRUDA                                                                                                                                                                            |  |       |  |            |         |
| DIAGNÓSTICO: FX RADIO DISTAL, ESTILOIDE ULNA E EXPOSTA PE                                                                                                                                                  |  |       |  |            |         |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   |  | HAS   |  | DM2        |         |
| IDADE:                                                                                                                                                                                                     |  | LEITO |  | DATA       |         |
|                                                                                                                                                                                                            |  | 404-4 |  | 30/09/2019 |         |
| ITEM                                                                                                                                                                                                       |  |       |  |            | HORÁRIO |
| 1 DIETA ORAL ZERO                                                                                                                                                                                          |  |       |  |            | SND     |
| 2 AVP                                                                                                                                                                                                      |  |       |  |            |         |
| 3 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/8H                                                                                                                                                                         |  |       |  |            |         |
| 4 CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H                                                                                                                                                               |  |       |  |            |         |
| 5 DIFENIDRAMINA 1G EV OU 500MG VO DE 6/8H S/N                                                                                                                                                              |  |       |  |            |         |
| 6 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                                                                                                                                                             |  |       |  |            |         |
| 7 FLASID 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                  |  |       |  |            |         |
| 8 TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN                                                                                                                                          |  |       |  |            |         |
| 9 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                                                                                                                                                              |  |       |  |            |         |
| 10 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 100 E OU PAS > 110 MMHG                                                                                                                                                     |  |       |  |            |         |
| 11 CURAT.VO DIÁRIO                                                                                                                                                                                         |  |       |  |            |         |
| 12 SSVV + CCGG 6/8H                                                                                                                                                                                        |  |       |  |            |         |
| 13                                                                                                                                                                                                         |  |       |  |            |         |
| 14                                                                                                                                                                                                         |  |       |  |            |         |
| 15                                                                                                                                                                                                         |  |       |  |            |         |
| 16                                                                                                                                                                                                         |  |       |  |            |         |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |  |       |  |            |         |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AL EMBIL, CUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

| PA                                                                | FC | FR   |
|-------------------------------------------------------------------|----|------|
| PACIENTE SEM TRATAMENTO (SEM MATERIAL PARA REALIZAR PROCEDIMENTO) |    |      |
| 24 H                                                              | 77 | 27,4 |

06/09/2019  
12h P.A 90/60 mmHg  
P: 72  
T: 36,2  
R: 17

18h P.A = 115/70  
P: 67 R: 19  
T: 36,2

Dr. JENILSON PINTO ARRUDA  
CRM 14.506



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo n.º

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

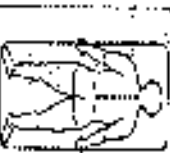
Paciente:

Saulson Pinto Almeida

Leito:

404-14

Data: 30-09-2019

| Localização                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Região: <u>coxa D</u> |  |  | Região: <u>coxa E</u> |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Etiologia                              | <input checked="" type="checkbox"/> IPR III IV 2º <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tecido</u> <u>Fixador Externo</u> <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: <u>fratura de quadril</u> |                                                                                     |                       |                                                                                       |                                                                                       |                       |
| Aparência do T.cio                     | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Verde <input type="checkbox"/> Esfúculo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros:                                                                                              |                                                                                     |                       |                                                                                       |                                                                                       |                       |
| Pele Periferecional                    | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |                       |                                                                                       |                                                                                       |                       |
| Tipo de Exudato                        | <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Soco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |                       |                                                                                       |                                                                                       |                       |
| Quantidade de Exudado                  | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                     |                       |                                                                                       |                                                                                       |                       |
| Solução de Limpeza                     | <input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%<br><input type="checkbox"/> Outro: <u>Ag</u>                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                       |                                                                                       |                                                                                       |                       |
| Cobertura primária                     | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno e Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: <u>Ag</u>                                                                                                                                                      |                                                                                     |                       |                                                                                       |                                                                                       |                       |
| Truca                                  | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 4x/48h                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |                       |                                                                                       |                                                                                       |                       |
| Profissional que realizou procedimento | <p>  Rafael José Paolites<br/>  Solange de Aguiar<br/>  Lorena           </p>                                         |                                                                                     |                       |                                                                                       |                                                                                       |                       |
| Observações                            | <p>  Rafael José Paolites<br/>  Solange de Aguiar<br/>  Lorena           </p>                                    |                                                                                     |                       |                                                                                       |                                                                                       |                       |



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

HGR

404  
4

DATA DE ADMISSÃO: 21/09/2019 DN: 12/10/1991

PACIENTE: JENILSON PINTO IARRUBA

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO DITO DISTAL + FRATURA ESTILOIDE ULNA + FRATURA EXPOSTA DE PE

ALERGIAS: HAS FLEITO 404-4 DM2 DATA: 01/10/2019

IDADE: 27 HORÁRIO: 12:30

ITEM: 1 DIFERENCIAL LURE

2 ACP

3 CLOMIDRACINA 400MG EV 12/12H

4 CLOMIDRACINA 400MG EV 6/6H

5 DILTIAZEM 120MG EV OU 500MG VO DE 8/8H S/N

6 OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA

7 DILTIAZEM 120MG EV 8/8H S/N

8 FLUMAZIN 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II

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

10 CLOMIDRACINA 25 mg VO SE PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG

11 CLOMIDRACINA 25 mg VO 6/6H

12 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

14 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

15 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

16 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

17 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

18 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

19 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

20 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

21 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

22 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

23 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

24 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

25 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

26 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

27 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

28 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

29 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

30 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

31 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

32 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

33 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

34 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

35 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

36 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

37 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

38 SIBUTRAMINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

EVOLUÇÃO MÉDICA

- HEMOTÓCITO
- DEITADO NO LEITO ATIVO
- REAÇÃO COMUNITÁRIA
- ALIMENTANDO-SE
- ALT. 1.70
- EXAM. DE FEZES
- ACUMULADO, MARCA
- AFETOS, EQUIPES
- NORMOCÓRICO

| DATA       | FC     | FR     | Temp. |
|------------|--------|--------|-------|
| 21/09/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 22/09/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 23/09/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 24/09/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 25/09/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 26/09/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 27/09/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 28/09/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 29/09/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 30/09/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 01/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 02/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 03/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 04/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 05/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 06/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 07/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 08/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 09/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 10/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 11/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 12/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 13/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 14/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 15/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 16/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 17/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 18/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 19/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 20/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 21/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 22/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 23/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 24/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 25/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 26/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 27/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 28/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 29/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 30/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |
| 31/10/2019 | 76 bpm | 18 rpm | 35.9  |

Dr. Odiney Oxemir  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 188.179

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

[illegible]



SUS

Sistema  
União de  
Saúde  
Ministério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - CATEGORIA

4 - CATEGORIA

5 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

6 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

7 - NOME DO PACIENTE

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DO RESPONSÁVEL

10 - SEXO

11 - TELEFONE RESIDENCIAL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. DE FAIXA ETÁRIA

15 - UF

16 - CID

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÃO DE SAÚDE ANTES DA INTERNAÇÃO

19 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO E/OU LABORATORIAL (PRESENÇA DE FATOR DE RISCO)

20 - PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO

21 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

23 - DATA DE INÍCIO DO PROCEDIMENTO

24 - CLÍNICA

25 - DATA DE TÉRMINO

26 - DATA DE INÍCIO

27 - NOME DO RESPONSÁVEL DO PROCEDIMENTO

28 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE

29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

30 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO PROCEDIMENTO

## FEECHER EX. CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - DATA DO EXAME

33 - SEXO

34 - NOME DO RESPONSÁVEL

35 - NOME DO RESPONSÁVEL DO EXAME

36 - ONDE EMPREGA

37 - NOME DO RESPONSÁVEL

38 - SEXO

39 - NOME DO RESPONSÁVEL DO EXAME

40 - NOME DO RESPONSÁVEL DO EXAME

41 - NOME DO RESPONSÁVEL

42 - NOME DO RESPONSÁVEL

43 - NOME DO RESPONSÁVEL

44 - NOME DO RESPONSÁVEL

45 - NOME DO RESPONSÁVEL

46 - NOME DO RESPONSÁVEL DO EXAME

47 - AUTORIZAÇÃO

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO RESPONSÁVEL DO EXAME

50 - NOME DO RESPONSÁVEL

51 - NOME DO RESPONSÁVEL DO EXAME

52 - NOME DO RESPONSÁVEL

53 - NOME DO RESPONSÁVEL DO EXAME

54 - NOME DO RESPONSÁVEL

55 - NOME DO RESPONSÁVEL DO EXAME

0408020407  
5525

2/10/19

210

V795



BOLETIM OPERATÓRIO

Data 02/10/55

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

TIPO DE INTERVENÇÃO

MÉTODOS E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

CIRURGIÃO

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

ANESTESISTA

RISCO

FIM

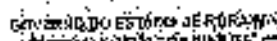
DURAÇÃO

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. 2. + 2.500 cc de sangue
2. aspirado + at. de 1.500 cc
3. corpos estranhos
4. redução imediata sob
5. radioscopia
6. parafra 2. fio de 1.500
7. curativo + tala
8. R.P.S.

9. Não despinas de material  
e de gesso (Pacote parafra)

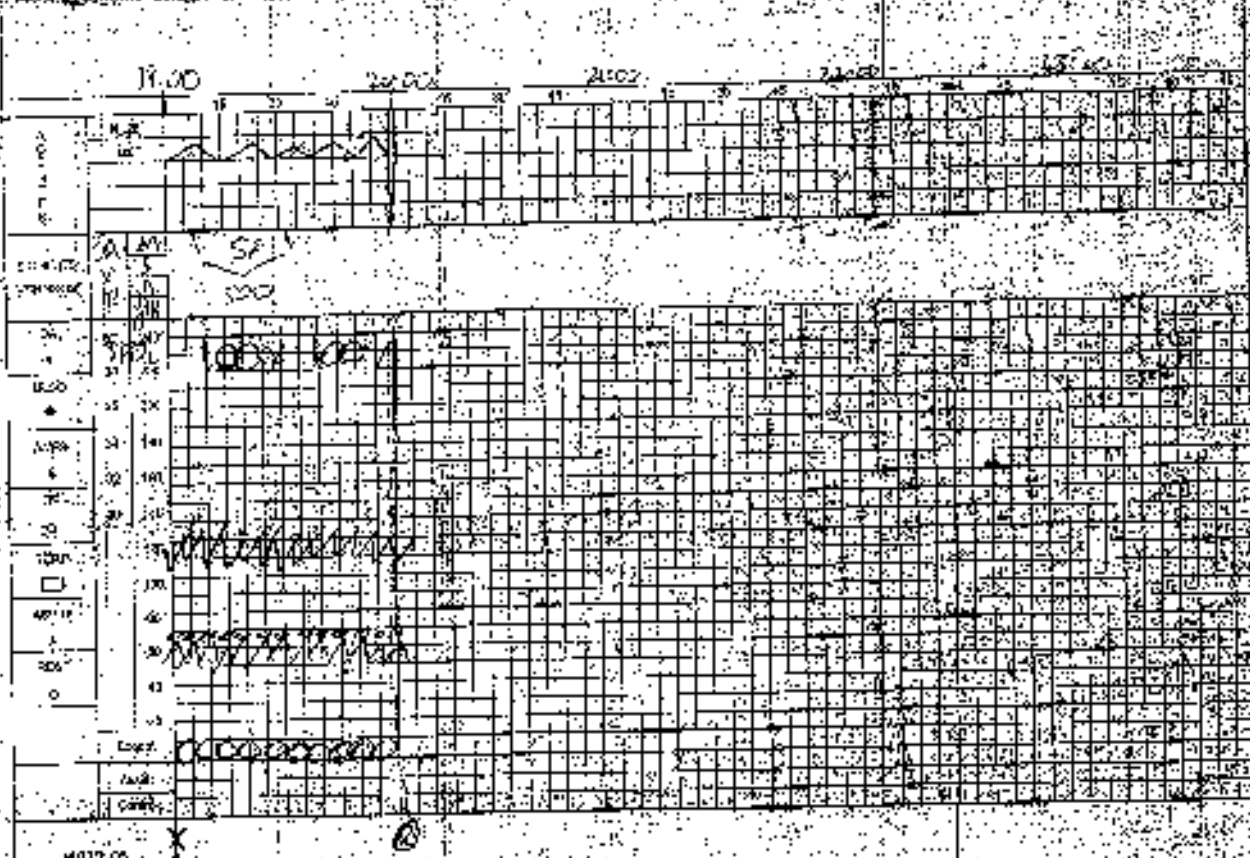
Dr. [Signature]  
[Stamp]



## 02/19

1507 Sam. R. L. Nichols, 27a

PRO-61673C-DAY 935-0270-NCRA/EF=TA

[illegible]

Euclides Marques P. Filho  
Advogado  
CRM 690-DR





FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                                                                                 |                              |                            |                  |                                 |       |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------|---------------------------------|-------|
| NOME DO PACIENTE                                                                |                              | APT OU LEITO               | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA                            |       |
| Goulart, Paulo Alexandre                                                        |                              | 404-4                      | 1901104392       | 02 / 10 / 199                   |       |
| TIPO                                                                            |                              | TEMPO DE DURAÇÃO           |                  |                                 |       |
| Osteotomia Fratura Radio distal esquerda                                        |                              | INICIO                     | FIM              | TEMPO TOTAL                     |       |
|                                                                                 |                              | 19:37                      | 19:52            |                                 |       |
| EQUIPE MÉDICA                                                                   |                              |                            |                  |                                 |       |
| CIRURGIÃO                                                                       |                              | ANESTESISTA:               |                  |                                 |       |
| Dr. Rogério                                                                     |                              | Dr. Guedes                 |                  |                                 |       |
| 1ª AUXILIAR                                                                     |                              | RES. ANESTESIA:            |                  |                                 |       |
| Dr. Anderson                                                                    |                              | Res. Guedes                |                  |                                 |       |
| 2ª AUXILIAR                                                                     |                              | INSTRUMENTADOR:            |                  |                                 |       |
|                                                                                 |                              | CIRCULANTE                 |                  |                                 |       |
|                                                                                 |                              | Helma / Nogueira           |                  |                                 |       |
| TIPO DE ANESTESIA: BP B (39-09)                                                 |                              | TEMPO DE DURAÇÃO:          |                  |                                 |       |
| ANT.                                                                            | MATERIAIS                    | VALOR                      | QUANT.           | MEDICAMENTOS                    | VALOR |
| 7                                                                               | PCT'S COMPRIMIDAS C/03 UNID. |                            | 1                | FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO 500 ml |       |
| 10                                                                              | PACOTES GAZE                 |                            | 1                | Bandeira Nuprin                 |       |
| 4                                                                               | LUVA ESTÉRIL 7.0             |                            |                  | FRASCOS-SORO RINGER LACTADO     |       |
| 5                                                                               | LUVA ESTÉRIL 7.5             |                            |                  | FRASCOS-SORO Glicosado          |       |
|                                                                                 | LUVA ESTÉRIL 8.0             |                            |                  | FIO VICRYL Nº                   |       |
|                                                                                 | LUVA ESTÉRIL 8.5             |                            |                  | FIO MONONYLON Nº                |       |
| 10                                                                              | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS       |                            |                  | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº       |       |
| 1                                                                               | LÂMINA DISTUR Nº 24          |                            |                  | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº       |       |
|                                                                                 | DRENO DE SUÇÃO Nº            |                            |                  | FIO CATGUT SIMPLES Nº           |       |
|                                                                                 | DRENO DE TORAX Nº            |                            |                  | FIO CATGUT CROMADO Nº           |       |
|                                                                                 | DRENO DE PENROSE Nº          |                            |                  | FIO PROLENE Nº                  |       |
|                                                                                 | SERINGA 01ML                 |                            |                  | FIO SEDA Nº                     |       |
|                                                                                 | SERINGA 03ML                 |                            |                  | SURGICHL                        |       |
| 2                                                                               | SERINGA 05 ML                |                            |                  | CERA P/ OSSE                    |       |
| 3                                                                               | SERINGA 10ML                 |                            |                  | KIT GATARATA Nº                 |       |
| 4                                                                               | SERINGA 20ML                 |                            |                  | GEOFOAM cateter de              |       |
|                                                                                 |                              |                            |                  | FITA CARDIACA Equipamento       |       |
|                                                                                 |                              |                            |                  | OUTROS: 8.12.12.12              |       |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                              | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE |                  |                                 | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A)                                                              |                              | MATERIAL MEDICAMENTOS      |                  |                                 |       |
| Enfermeira Cristine                                                             |                              | SUB-TOTAL                  |                  |                                 |       |
| FUNÇÃO: CÁLCULOS                                                                |                              | TAXA DE SALA               |                  |                                 |       |
| CIRCULANTE DE SALA                                                              |                              | TAXA DE ANESTESIA          |                  |                                 |       |
|                                                                                 |                              | SOMA                       |                  |                                 |       |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE                                           |                              |                            |                  |                                 |       |

Nome: Anderson Santos Almeida Idade: 24 Sexo: M Data: 02/10/19

Data de Nascimento: 14/10/2019 Idade: 24 Sexo: M Data: 02/10/19

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

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

Setor/Leito: 404-A

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

DADOS PNEUMATOLÓGICOS

Alergias: Não

Medicamentos: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

Exames: Não

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome: Anderson Santos Almeida

Idade: 24

Sexo: M

Profissão: Estudante

Endereço: Rua 15 de Novembro, 150 - Centro - São Paulo - SP

Telefone: (11) 9999-9999

E-mail: anderson.almeida@gmail.com

Religião: Não

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução de Paciente)

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

Localização: SRPA

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## APPENDIX

ALLSIEBEL, D.F. *Chickadees*

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

CONFIRMAÇÃO DOS TÍTULOS DE MEMBROS DA  
COMISSÃO DE REPRESENTAÇÃO PELO NOME E  
FUNÇÃO: ( ) Sim ( ) Não

ORGANIZAÇÃO ACADÊMICA E ENFERMEIRO  
CONSTITUÍRAM VESTIBULANTE;

Walden University  
1000 1st Avenue  
Boulder, CO 80502  
USA

# FRANCOS CRITICOPREVENTIVOS

( ) RESERVA DO CARDIÓLOGO:  
Quais são os outros efeitos ou incapacidades  
operacionais e perdas sanguíneas previstas.

... ( ) DENÚNCIA DA EQUIPE DE ABSTENSIÃO: ...

**COMISSÃO DA EQUIPE DE INTERMEDIÁRIA:**  
Ouvintes: Pesquisadores, com: Intermediária, Professores e  
Colaboradores e de outros de validade de

contar com vários tipos de testes (incluindo teste de hipótese) e técnicas de amostragem (incluindo amostragem estratificada e amostragem por quotas) e técnicas de análise de dados (incluindo análise de regressão e análise de variância).

1990-1991, 1992-1993, 1994-1995  
 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001  
 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007  
 2008-2009, 2010-2011, 2012-2013  
 2014-2015, 2016-2017, 2018-2019  
 2020-2021, 2022-2023, 2024-2025  
 2026-2027, 2028-2029, 2030-2031  
 2032-2033, 2034-2035, 2036-2037  
 2038-2039, 2040-2041, 2042-2043  
 2044-2045, 2046-2047, 2048-2049  
 2050-2051, 2052-2053, 2054-2055  
 2056-2057, 2058-2059, 2060-2061  
 2062-2063, 2064-2065, 2066-2067  
 2068-2069, 2070-2071, 2072-2073  
 2074-2075, 2076-2077, 2078-2079  
 2080-2081, 2082-2083, 2084-2085  
 2086-2087, 2088-2089, 2090-2091  
 2092-2093, 2094-2095, 2096-2097  
 2098-2099, 2100-2101, 2102-2103  
 2104-2105, 2106-2107, 2108-2109  
 2110-2111, 2112-2113, 2114-2115  
 2116-2117, 2118-2119, 2120-2121  
 2122-2123, 2124-2125, 2126-2127  
 2128-2129, 2130-2131, 2132-2133  
 2134-2135, 2136-2137, 2138-2139  
 2140-2141, 2142-2143, 2144-2145  
 2146-2147, 2148-2149, 2150-2151  
 2152-2153, 2154-2155, 2156-2157  
 2158-2159, 2160-2161, 2162-2163  
 2164-2165, 2166-2167, 2168-2169  
 2170-2171, 2172-2173, 2174-2175  
 2176-2177, 2178-2179, 2180-2181  
 2182-2183, 2184-2185, 2186-2187  
 2188-2189, 2190-2191, 2192-2193  
 2194-2195, 2196-2197, 2198-2199  
 2200-2201, 2202-2203, 2204-2205  
 2206-2207, 2208-2209, 2210-2211  
 2212-2213, 2214-2215, 2216-2217  
 2218-2219, 2220-2221, 2222-2223  
 2224-2225, 2226-2227, 2228-2229  
 2230-2231, 2232-2233, 2234-2235  
 2236-2237, 2238-2239, 2240-2241  
 2242-2243, 2244-2245, 2246-2247  
 2248-2249, 2250-2251, 2252-2253  
 2254-2255, 2256-2257, 2258-2259  
 2260-2261, 2262-2263, 2264-2265  
 2266-2267, 2268-2269, 2270-2271  
 2272-2273, 2274-2275, 2276-2277  
 2278-2279, 2280-2281, 2282-2283  
 2284-2285, 2286-2287, 2288-2289  
 2290-2291, 2292-2293, 2294-2295  
 2296-2297, 2298-2299, 2300-2301  
 2302-2303, 2304-2305, 2306-2307  
 2308-2309, 2310-2311, 2312-2313  
 2314-2315, 2316-2317, 2318-2319  
 2320-2321, 2322-2323, 2324-2325  
 2326-2327, 2328-2329, 2330-2331  
 2332-2333, 2334-2335, 2336-2337  
 2338-2339, 2340-2341, 2342-2343  
 2344-2345, 2346-2347, 2348-2349  
 2350-2351, 2352-2353, 2354-2355  
 2356-2357, 2358-2359, 2360-2361  
 2362-2363, 2364-2365, 2366-2367  
 2368-2369, 2370-2371, 2372-2373  
 2374-2375, 2376-2377, 2378-2379  
 2380-2381, 2382-2383, 2384-2385  
 2386-2387, 2388-2389, 2390-2391  
 2392-2393, 2394-2395, 2396-2397  
 2398-2399, 2400-2401, 2402-2403  
 2404-2405, 2406-2407, 2408-2409  
 2410-2411, 2412-2413, 2414-2415  
 2416-2417, 2418-2419, 2420-2421  
 2422-2423, 2424-2425, 2426-2427  
 2428-2429, 2430-2431, 2432-2433  
 2434-2435, 2436-2437, 2438-2439  
 2440-2441, 2442-2443, 2444-2445  
 2446-2447, 2448-2449, 2450-2451  
 2452-2453, 2454-2455, 2456-2457  
 2458-2459, 2460-2461, 2462-2463  
 2464-2465, 2466-2467, 2468-2469  
 2470-2471, 2472-2473, 2474-2475  
 2476-2477, 2478-2479, 2480-2481  
 2482-2483, 2484-2485, 2486-2487  
 2488-2489, 2490-2491, 2492-2493  
 2494-2495, 2496-2497, 2498-2499  
 2500-2501, 2502-2503, 2504-2505  
 2506-2507, 2508-2509, 2510-2511  
 2512-2513, 2514-2515, 2516-2517  
 2518-2519, 2520-2521, 2522-2523  
 2524-2525, 2526-2527, 2528-2529  
 2530-2531, 2532-2533, 2534-2535  
 2536-2537, 2538-2539, 2540-2541  
 2542-2543, 2544-2545, 2546-2547  
 2548-2549, 2550-2551, 2552-2553  
 2554-2555, 2556-2557, 2558-2559  
 2560-2561, 2562-2563, 2564-2565  
 2566-2567, 2568-2569, 2570-2571  
 2572-2573, 2574-2575, 2576-2577  
 2578-2579, 2580-2581, 2582-2583  
 2584-2585, 2586-2587, 2588-2589  
 2590-2591, 2592-2593, 2594-2595  
 2596-2597, 2598-2599, 2600-2601  
 2602-2603, 2604-2605, 2606-2607  
 2608-2609, 2610-2611, 2612-2613  
 2614-2615, 2616-2617, 2618-2619  
 2620-2621, 2622-2623, 2624-2625  
 2626-2627, 2628-2629, 2630-2631  
 2632-2633, 2634-2635, 2636-2637  
 2638-2639, 2640-2641, 2642-2643  
 2644-2645, 2646-2647, 2648-2649  
 2650-2651, 2652-2653, 2654-2655  
 2656-2657, 2658-2659, 2660-2661  
 2662-2663, 2664-2665, 2666-2667  
 2668-2669, 2670-2671, 2

TELEPHONE

ASIA/PACIFIC REGIONAL ACTION PLAN 1993

ANEXOS DE O PACIENTE SOB O PUNTO DE  
VISTA DE  
OPERAÇÕES

**THE**

... ..

...E FINALMENTE COM A FOLHA? ...

1. NUMBER OF PROJECTS/MENTORS  
REGISTRATION

2. SEJAS CONTAGIADO DE INSTRUÇÃO

ESTÃO CORRETAS.....  
CARBOLICUS, COMPLESSOS E  
Sina... ( ) Não ( ) Não se Aplicam

3. COMISSÃO DE ESTUDOS PARA ANÁLISE DA  
PATOLOGIA DA IDENTIFICAÇÃO

( ) No  
(x) Yes

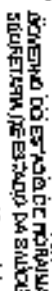
( ) SIM (X) NIB

**O CIRURGIA, O ANESTESIOLOGISTA E A COLAPSE DE ENTENDE-ACIM NERVOSA**

PREGO A PAÇOS DE SEGUIR O DISPOSITIVO PACIENTE  
RECUERACAO E O MANEJO DISPOSITIVO PACIENTE  
COISAS ... ( ) Nao ... ( ) Nao se Aplicam ...

Am. Mus. Nat. Hist.

Associação de Carimbó



**PRESCRIÇÃO DIÁRIA**

| UNIDADE/SETOR                                                                                         | COORDENADOR                     | UNO       | ACONTECIMENTO         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|-----------------------|
| <p>Nome do Paciente: <u>Leandro de Almeida</u></p> <p>PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: <u>Dr. Carlos</u></p> |                                 |           |                       |
| DATA/HORA                                                                                             | PRESCRIÇÃO                      | HISTÓRICO | RELAÇÃO DE ENFERMAGEM |
| 02/01/2011                                                                                            | 01) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 03/01/2011                                                                                            | 02) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 04/01/2011                                                                                            | 03) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 05/01/2011                                                                                            | 04) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 06/01/2011                                                                                            | 05) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 07/01/2011                                                                                            | 06) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 08/01/2011                                                                                            | 07) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 09/01/2011                                                                                            | 08) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 10/01/2011                                                                                            | 09) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 11/01/2011                                                                                            | 10) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 12/01/2011                                                                                            | 11) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 13/01/2011                                                                                            | 12) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 14/01/2011                                                                                            | 13) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 15/01/2011                                                                                            | 14) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 16/01/2011                                                                                            | 15) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 17/01/2011                                                                                            | 16) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 18/01/2011                                                                                            | 17) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 19/01/2011                                                                                            | 18) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 20/01/2011                                                                                            | 19) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 21/01/2011                                                                                            | 20) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 22/01/2011                                                                                            | 21) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 23/01/2011                                                                                            | 22) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 24/01/2011                                                                                            | 23) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 25/01/2011                                                                                            | 24) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 26/01/2011                                                                                            | 25) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 27/01/2011                                                                                            | 26) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 28/01/2011                                                                                            | 27) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 29/01/2011                                                                                            | 28) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 30/01/2011                                                                                            | 29) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |
| 31/01/2011                                                                                            | 30) 100mg de <u>Amoxicilina</u> |           |                       |

Dr. Jernson,  
Mexico

CRJ-RR 7732 RCE 6/2

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

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Unidade Hospitalar de Roraima

DATA DE ADMISSÃO: DIH 21/09/2019 DN 12/10/1991

CIENTE JENILSON PINTO ARRUDA

NÓSTICO FRATURA RADIO DISTAL + FRATURA ESTILOIDE ULNA + FRATURA EXPOSTA DE PE

RGIA: HAS DM2

IDADE 27 LEITO 404-4 DATA 02/10/2019

ITEM: HORÁRIO

1: DIETA ORAL VRE 12/18

2: AVP

3: CIPROFLOXACINA 400MG IV 12/12H

4: CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H

5: DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/8H S/N

6: OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA

7: PIASIL 10MG EV 8/8H S/N

8: TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II

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

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

11: CURATIVO DIÁRIO

12: SSVV - CCGG 6/6H

13:

14:

15:

16:

SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),  
CONFORME ESQUEMA: 200-260: 2UI; 261-300: 4UI; 301-360: 6UI;  
361-420: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE  
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM  
RAÇÕES

AMELÍSSICO; SEG. LOFE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,  
SATURADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUÇÃO: MANUTIDA

| HIDRATADO | PA    | FC | FR |      |
|-----------|-------|----|----|------|
| 6H        |       |    |    |      |
| 12H       | 60/60 | 72 | 18 | 36.1 |
| 18H       | 60/60 | 72 | 18 | 36.1 |
| 24H       | 60/60 | 72 | 18 | 36.1 |

06 107x65 54 36.5 C

Assinar  
Assinar  
Assinar  
Assinar

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Versão: 08

Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Tratamento de Feridas

Paciente:

HCR

Jamilson Rinto Almeida

Leito: 404-4

Data: 02-10-2018

| Localização                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Região: M S.D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Região:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Litologia -<br><input type="checkbox"/> EP I <input type="checkbox"/> EP II <input type="checkbox"/> EP III <input type="checkbox"/> EP IV <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fissão <input type="checkbox"/> Fissão Externa <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> EP I <input type="checkbox"/> EP II <input type="checkbox"/> EP III <input type="checkbox"/> EP IV <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fissão <input type="checkbox"/> Fissão Externa <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> EP I <input type="checkbox"/> EP II <input type="checkbox"/> EP III <input type="checkbox"/> EP IV <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fissão <input type="checkbox"/> Fissão Externa <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: |
| Aparência da<br>Leito<br><input type="checkbox"/> Necrose Amarel/Negra <input type="checkbox"/> Escudo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Necrose Amarel/Negra <input type="checkbox"/> Escudo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Necrose Amarel/Negra <input type="checkbox"/> Escudo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                                               |
| Pele Periférica<br><input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Mucoso <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Fétido / Ruído<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Mucoso <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Fétido / Ruído<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Mucoso <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Fétido / Ruído<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Tipo de Exsudato<br><input type="checkbox"/> Puntiforme <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Puntiforme <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Puntiforme <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Quantidade de<br>Exsudato<br><input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Solução de<br>Limpeza<br><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outros:                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outros:                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outros:                                                                                                                               |
| Troca<br><input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Profissional que<br>realizou<br>procedimento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | (Assinatura)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (Assinatura)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Observações:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | (Assinatura)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (Assinatura)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |



## HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |            |       |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------|-------|-----------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    | DIH                                                                   | 21/09/2019 | DN    | 12/10/1991      |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                            | JENILSON PINTO ARRUDA                                                 |            |       |                 |
| DIAGNOSTICO                                                                                                                                                                                                         | FRATURA RADIO DISTAL + FRATURA ESTILOIDE ULNA + FRATURA EXPOSTA DE PE |            |       |                 |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            | HAS                                                                   | DM2        |       |                 |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               | 27                                                                    | LEITO      | 404-4 | DATA 03/10/2019 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |            |       | HORÁRIO         |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                                      |            |       |                 |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | AVR                                                                   |            |       |                 |
| 3                                                                                                                                                                                                                   | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H                                        |            |       |                 |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H                                            |            |       |                 |
| 5                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N                                 |            |       |                 |
| 6                                                                                                                                                                                                                   | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                          |            |       |                 |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                               |            |       |                 |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR          |            |       |                 |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                           |            |       |                 |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                   |            |       |                 |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                                       |            |       |                 |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCG 6/6H                                                       |            |       |                 |
| 13                                                                                                                                                                                                                  | <i>Revisão de alta após 72h</i>                                       |            |       |                 |
| 14                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |            |       |                 |
| 15                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |            |       |                 |
| 16                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |            |       |                 |
| SE DIABETICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)!!<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; >400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                       |            |       |                 |

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

# REVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUITA: MANTIDA

|                       |    |    |    |    |
|-----------------------|----|----|----|----|
| DIABETADO             |    |    |    |    |
| SINAIS VITAIS         |    |    |    |    |
| PREVISÃO DE ALTA: SEM | PA | FC | FR | LA |
| 12 H                  |    |    |    |    |
| 18 H                  |    |    |    |    |
| 24 H                  |    |    |    |    |

*pacote excluído sem no pós*  
*curativo, pulso, perfusão, gelman*  
*sem gelman*

Dr. Augusto Colaninno  
Médico Especialista  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 100.000.000



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE André Pinheiro Lima 27 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/09/19 COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura de rádio distal

NO DIA 21/09/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
fratura de rádio distal SENDO

OPERADO PELO DR. Raposo E DR. Thomson

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31/10/19 AS 14h00 EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATORIO DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 14/10/19 AS 13h00 COM O  
DR. Raposo

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

BOA VISTA

31/10/19

MÉDICO



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Senlaon Pinho Amador 27 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/10/19 COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura do osso da mão E

NO DIA 21/10/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
fratura do osso da mão E SENDO

OPERADO PELO DR. Rogério E DR. T. Lemos

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31/10/19 ÀS 14 horas EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOYA NO DIA 14/10/19 ÀS 13 horas COM O  
DR. Rogério

ORIENTAÇÕES GERAIS:

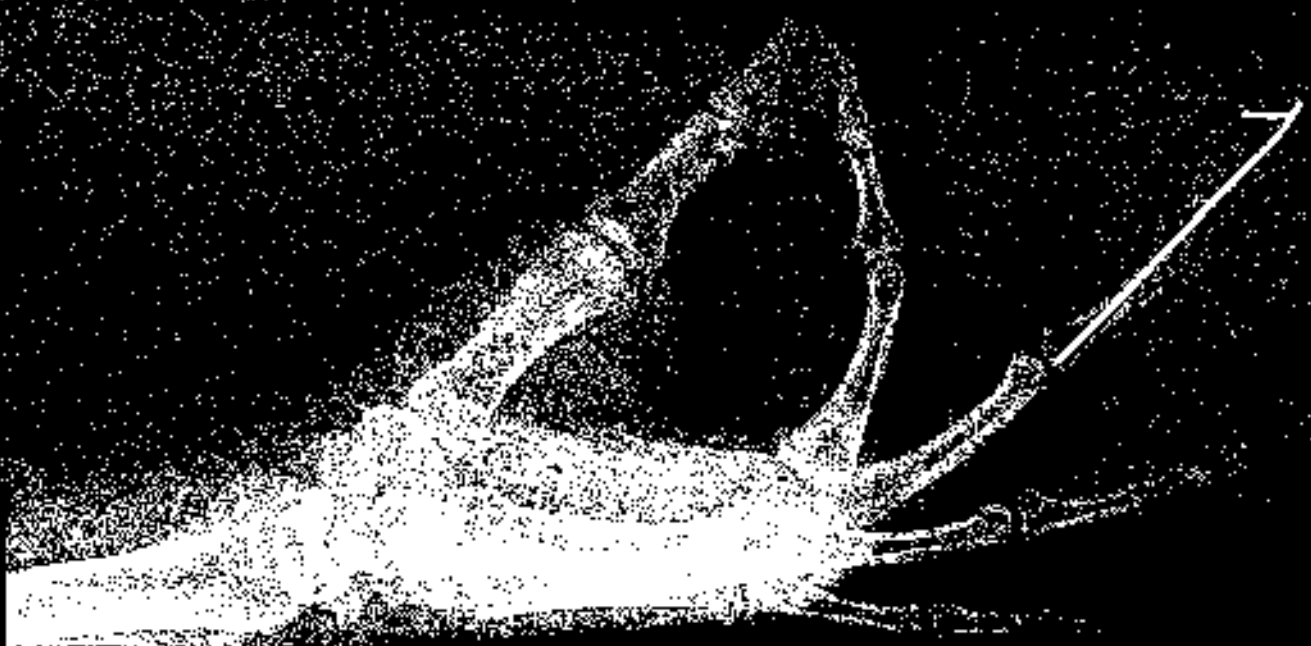
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR EX COM 31 (UM) DIA DE  
ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

EM VISTA, 31/10/19

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RS 1204

MÉDICO



105



JEFFERSON, JIMTO 49RUBA  
HOSPITAL, CORONEL MO-2

22/2  
23/10/2019

3.0403160

70.6%

TRANSDUCER  
HOSPITAL CONNECTION

2242

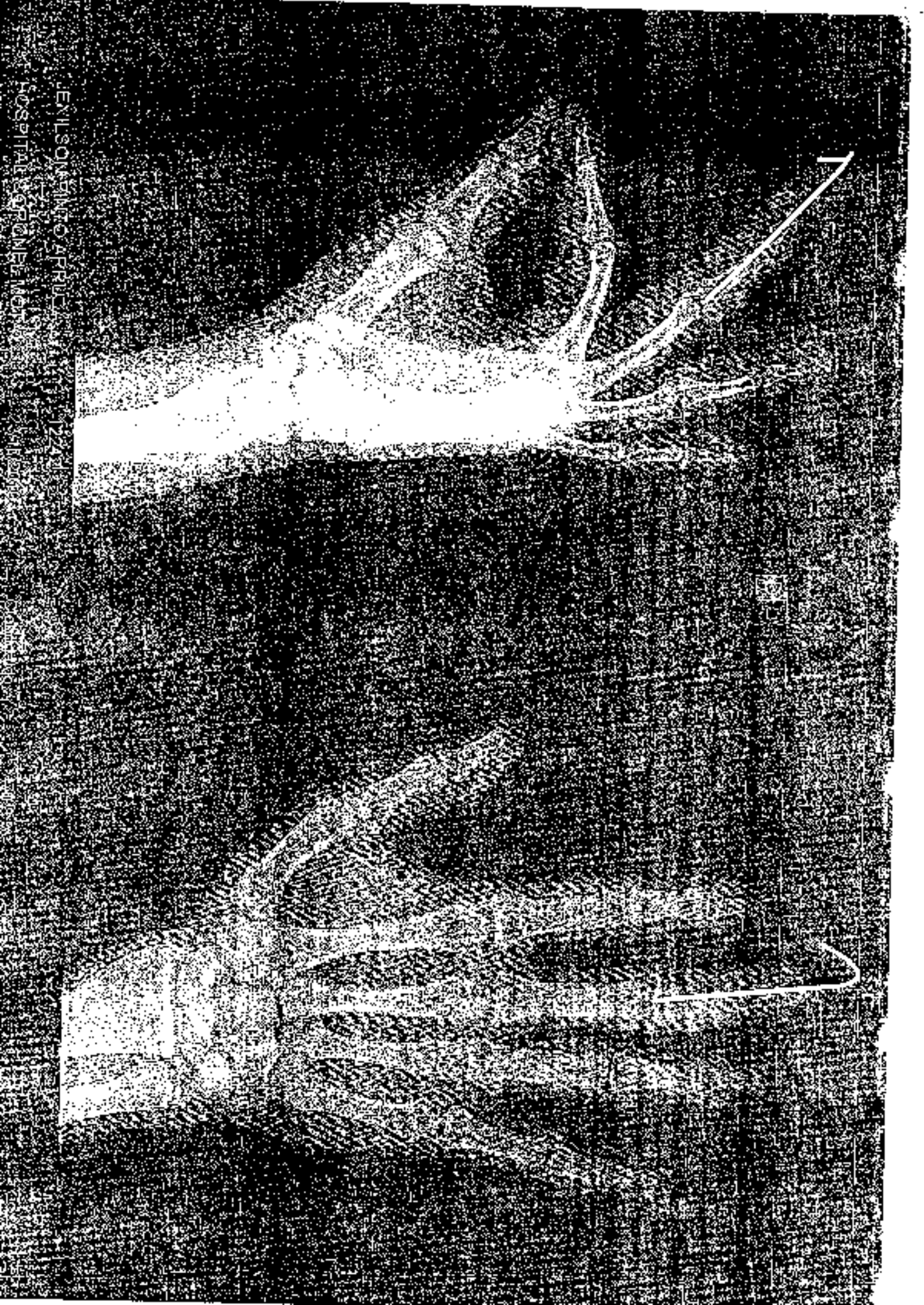
3/10/68

2341



FI





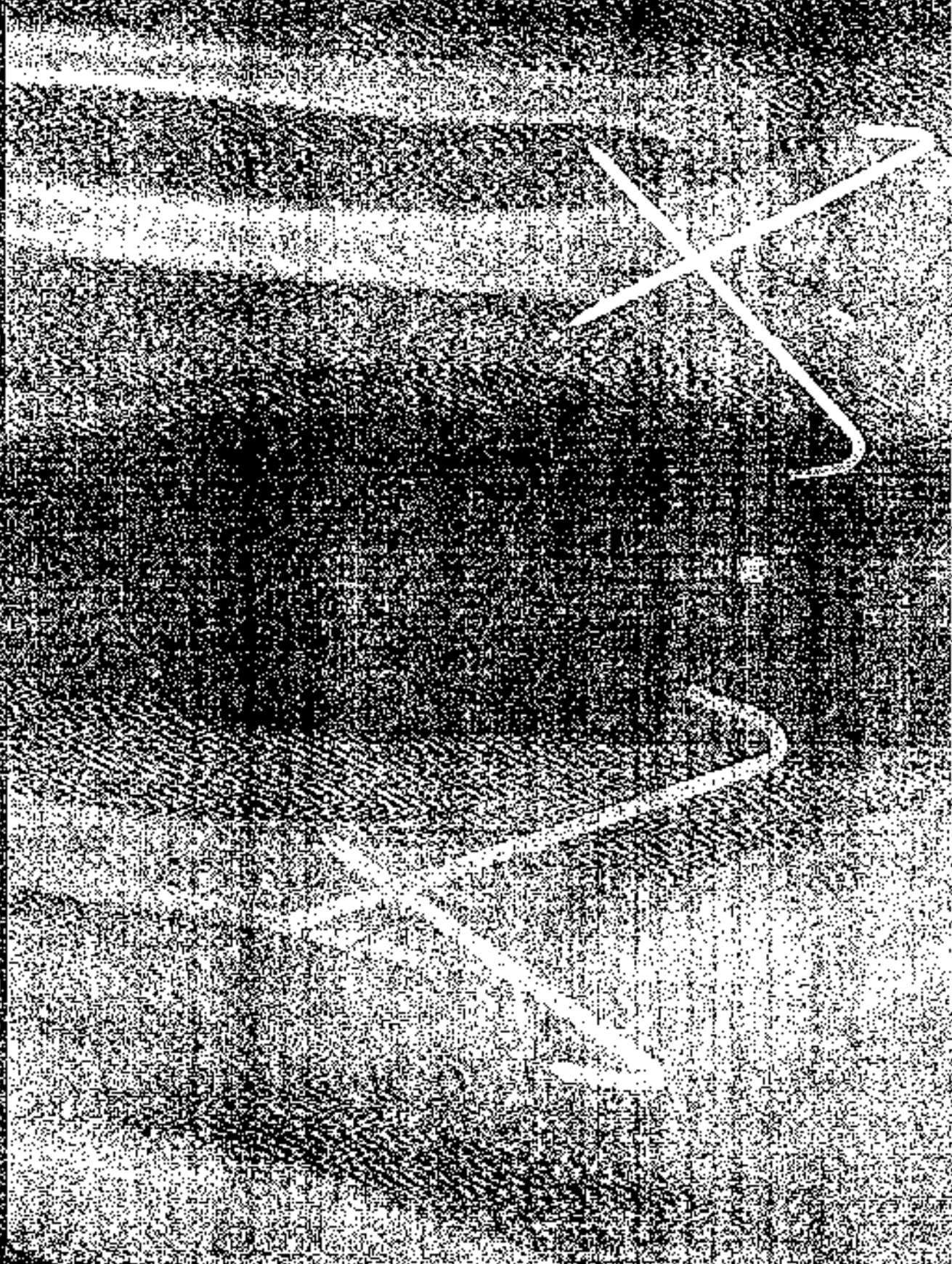
JENILSON RINHO APRIU

HOSPITAL DO CORACAO

JENILSON PINHO ARAUJO  
HOSPITAL GONÇALVES

12/03/2011

12/03/2011



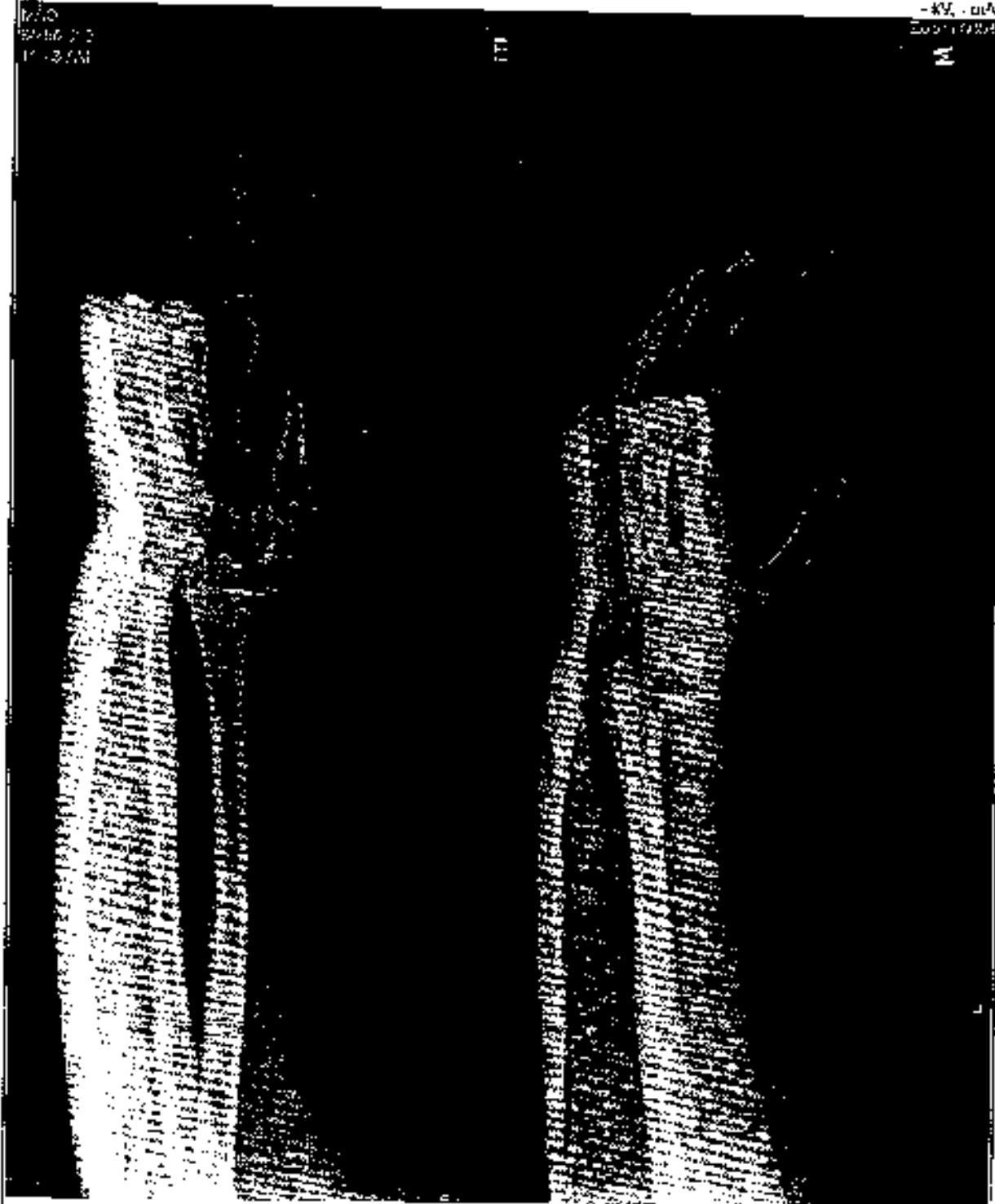
**Not intended for official interpretation.**

JENILSON PINTO ARRUDA  
BL D MACA 33833

HF 37 GERA 72 RORANDA  
Operador N/PA3000usuaris  
-4V, 10/10/10

17/10  
Banco 20  
17/10/10

20/10/10



SID 100

L 428  
W 205

**Not intended for official interpretation.**

JERILSON PINHO APARECIDA  
BL D MACA 03335

HOSP. GERAL DE RORAIMA  
Operador ICIPAK/Quemaria  
LV - mme  
2011-10-27



001 mme

L-128  
W-230

**Not intended for official interpretation.**

JF121501 PINTO AP500DA

BJD 40100

ANTE-671A(3)

0.25 0.1

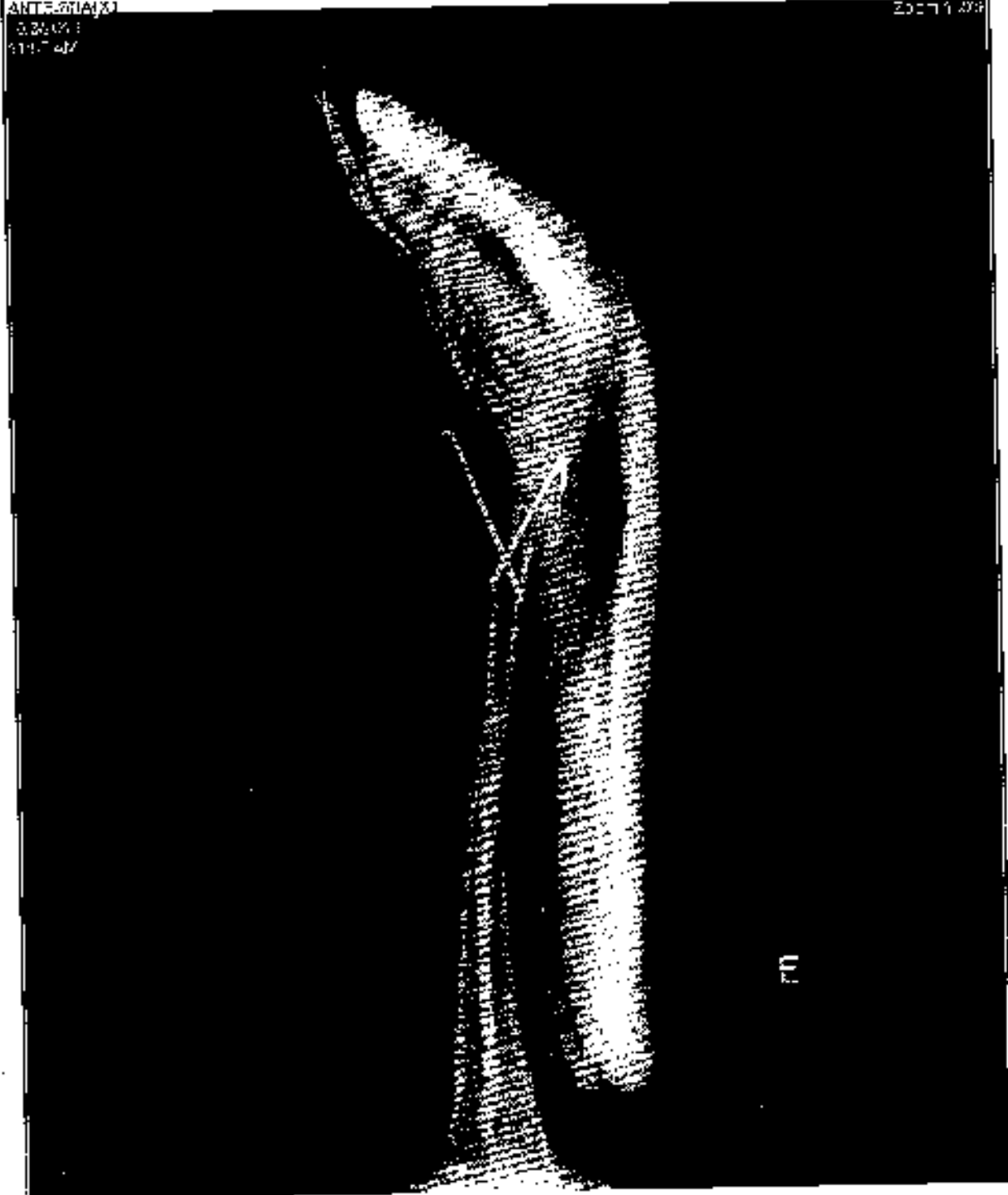
011.7 4M

HOSP GERAL DE PORNAMA

Operatório MORNO/SUBSIST

- 8M, 10M/3

200711 000



510 mm

1-128  
57.251

**Not intended for official interpretation.**

JENILSON PRATO ABRONDA

SLM 404-04

ANIL PRADO

1835/04

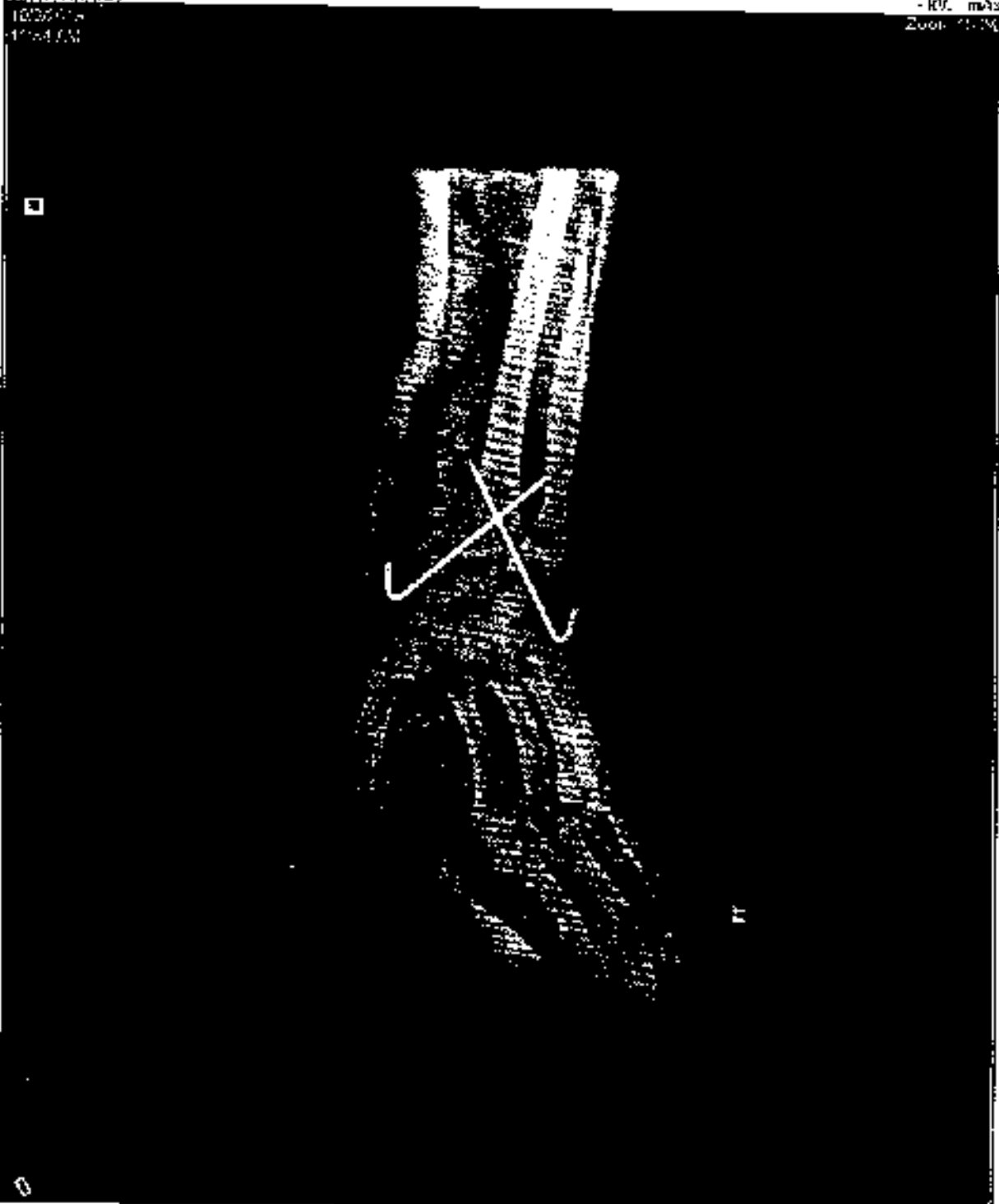
1754/04

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operador NORALDO Xavier

- 10% mais

Zona: 11.04



310 mm

L 174

W 223

**Not intended for official interpretation.**

JERILSON PINTO ARRUDA

BLD 454-94

ANIL-PRADO

0120-1

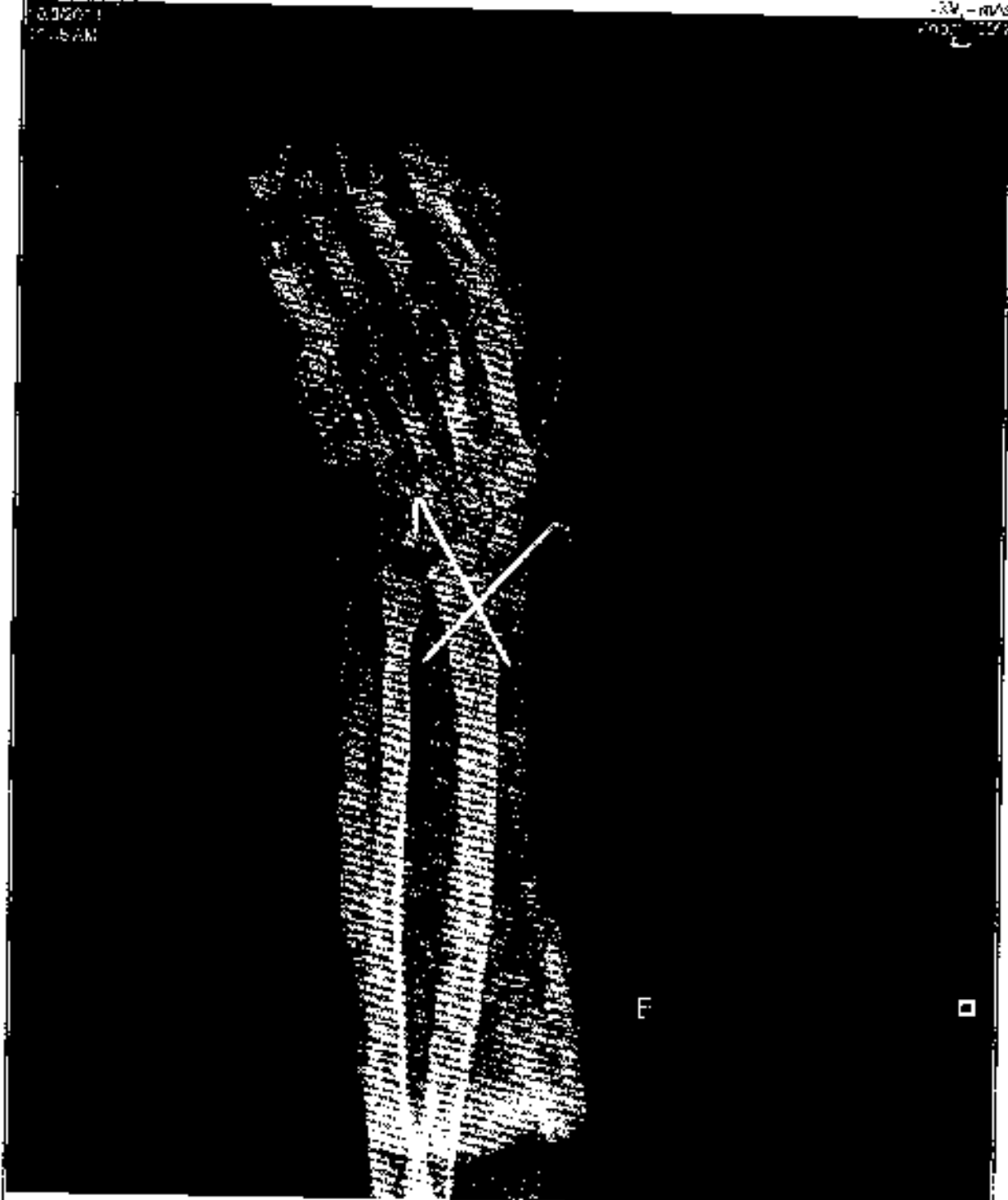
10:45 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operador: HONORATO/USUÁRIO

-RV - RMS

2007-10-27



3h) cmj

L 128

W 255

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



*[Signature]*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 464571-5

DATA DE  
EXPIRAÇÃO

27/06/2016

NOME  
YARA DIVA GUIMARÃES COSTA

FILIAÇÃO  
DERSON FELIX COSTA

IVETE GUIMARÃES COSTA

NATURALIDADE  
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO  
10/12/1962

CCC ORIGIN  
CERTO CAS AVERB DIVORCIO 2359 FLS 52 LIV 8-8  
1 OF BOA VISTA - RR

CPF  
762.732.616-87

1 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Especialista de Polícia Civil  
Diretor de PCC

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAR 2016

SEGURO SEGURO S/A

Av. Duque de Caxias, 424 - Boa Vista - RR

DETRAN - RR Nº 014246946687  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00395469767 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME VANDERLENE DO NASCIMENTO JESUS  
RR

CPF / CNPJ 008.596.582-01 PLACA NAT7489

PLACA ANT. / UF CHASSI 9C2KD0550CR534680

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC. COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP. / POT. / CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
I \*PAGO\* 1ª \*\*\*\*\*  
P  
V FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2ª \*\*\*\*\*  
A \*\* PAGO COTA ÚNICA \*\* 3ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
R\$0,32 R\$84,58 10/10/2019

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO PROIB. SAIR DA A MAZ OCID L00166123

Assinatura: Igo Gomes Brasil

Assinatura: Igo Gomes Brasil  
Diretor Presidente Interino  
DETRAN-RR DATA 11/10/2019

EXPEDIDOR

RR Nº 014246946687 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 11/10/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 008.596.582-01 PLACA NAT7489

RENAVAM 00395469767 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2011 CAT. TARIF. Nº CHASSI 9C2KD0550CR534680

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$36,05 DENATRAN (R\$) R\$4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4,15 IOF (R\$) R\$0,32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) R\$84,58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/10/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472615/19

**Vítima:** JENILSON PINTO ARRUDA

**CPF:** 703.289.332-52

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 20/09/2019

**Titular do CPF:** JENILSON PINTO ARRUDA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87**

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

**JENILSON PINTO ARRUDA : 703.289.332-52**

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](http://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: 30/12/2019  
Nome: YARA DIVA GUIMARAES COSTA  
CPF: 762.732.616-87

YARA DIVA GUIMARAES COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190724386 **Cidade:** Uiramutã **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JENILSON PINTO ARRUDA **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO.  
FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER). PGS 2,45  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 3º QUIRODÁCTILO  
DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                                                        | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos<br>punhos                                      | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Dedos mão-Perda funcional completa de<br>qualquer um dentre os outros dedos da<br>mão | 10 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 5%        | R\$ 675,00               |
| Total                                                                                 |                                                 |                                                               | 17,5 %    | R\$ 2.362,50             |

---

**Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190724386**

**Vítima: JENILSON PINTO ARRUDA**

**Data do Acidente: 20/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JENILSON PINTO ARRUDA**

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, 16 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190724386**

**Vítima: JENILSON PINTO ARRUDA**

**Data do Acidente: 20/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JENILSON PINTO ARRUDA**

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\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
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

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer  
um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

**Recebedor: JENILSON PINTO ARRUDA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000003905**

**Conta: 000007527-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, 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 (PAÍS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3905 CONTA: 00007527 AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivasor)? ☐ 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 - Imprescritível, digna ou 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 - RR 27 de dezembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040818/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/12/2019 09:49

Data/Hora Fim: 27/12/2019 09:55

Delegado de Polícia: Fernando Bruno de Souza

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 20/09/2019 17:30

Local do Fato

Município: Uiramutã (RR)

Logradouro: vicinal da água fria

Bairro: zona rural

Tipo do Local: Área Rural

Natureza

1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JENILSON PINTO ARRUDA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Santarém

Sexo: Masculino

Nasc: 12/10/1991

Profissão: Eletricista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria da Conceição Pinto Duarte

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 703.289.332-52

RG - Carteira de Identidade: 3379698

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R: Rio Amazonas

Bairro: Bela vista

Nº: 943

Telefone: (95) 9164-7828 (Celular) (95) 99118-4723 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A pessoa acima qualificada vem comunicar que na data/hora/local, acima informados, conduzia a motocicleta HONDA BROS NXR-150, PLACA NAT-7489, CHASSI N.º9C2KD0550CR534680, ANO 11/12, quando colidiu com a cabecelra de uma ponte de madeira na vicinal da Água Fria, no Município de Uiramutã; que, em virtude do acidente o comunicante quebrou um dedo da mão direita, três dentes e fraturou o punho da mão esquerda; que a vítima foi conduzido por terceiro ao hospital geral de Roraima. É o relato.



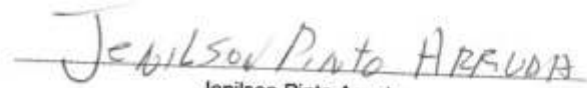
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040818/2019-A01

ASSINATURAS

  
José Maria de Souza Moura  
Agente Carcerário  
Matrícula 42000193  
Responsável pelo Atendimento

  
Jenilson Pinto Arruda  
(Comunicante / Vítima)

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040818/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/12/2019 09:49

Data/Hora Fim: 27/12/2019 09:55

Delegado de Polícia: Fernando Bruno de Souza

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 20/09/2019 17:30

Local do Fato

Município: Uiramutã (RR)

Logradouro: vicinal da água fria

Bairro: zona rural

Tipo do Local: Área Rural

Natureza

1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JENILSON PINTO ARRUDA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Santarém

Sexo: Masculino

Nasc: 12/10/1991

Profissão: Eletricista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria da Conceição Pinto Duarte

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 703.289.332-52

RG - Carteira de Identidade: 3379698

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R: Rio Amazonas

Bairro: Bela vista

Nº: 943

Telefone: (95) 9164-7828 (Celular) (95) 99118-4723 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A pessoa acima qualificada vem comunicar que na data/hora/local, acima informados, conduzia a motocicleta HONDA BROS NXR-150, PLACA NAT-7489, CHASSI N.º9C2KD0550CR534680, ANO 11/12, quando colidiu com a cabecelra de uma ponte de madeira na vicinal da Água Fria, no Município de Uiramutã; que, em virtude do acidente o comunicante quebrou um dedo da mão direita, três dentes e fraturou o punho da mão esquerda; que a vítima foi conduzido por terceiro ao hospital geral de Roraima. É o relato.



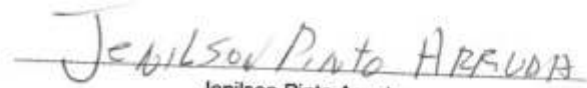
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040818/2019-A01

ASSINATURAS

  
José Maria de Souza Moura  
Agente Carcerário  
Matrícula 42000193  
Responsável pelo Atendimento

  
Jenilson Pinto Arruda  
(Comunicante / Vítima)

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

# 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 ou AT: 703-289-332-52 3 - CPF da vítima: 703-289-332-52 4 - Nome completo da vítima: Levilson Pinto Arruda

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

5 - Nome completo: Levilson Pinto Arruda 6 - CPF: 703-289-332-52  
 7 - Profissão: Segurança 8 - Endereço: Rua Rio Amazonas 9 - Número: 943 10 - Complemento: Casa  
 11 - Bairro: Boa Vista 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316-124  
 15 - Telefone: 095-99119-0198 16 - Tel (DDD): 095

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: \_\_\_\_\_  
 Declaram, para todos os fins de direito, que o endereço acima informado, conforme representante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDAS ANUAIS DO TIPO DA RENDA: ☒ RCLUEO INDIENAR ☐ RCLUEO PESSOAL ☐ RCLUEO ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ RCLUEO ATÉ R\$1.000,00 ☐ RCLUEO ATÉ R\$5.000,00 ☐ ADMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO ☐ IMPENHATÁRIO, CURADOR, TUTOR

☒ CONTA POU-PANCA (Número para depósito automático - Arrecadação mensal)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
 AGÊNCIA: 3905 CONTA: 00007527 2  
 (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CAUSO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CONDIÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins da requisição de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.254/74), uma vez que:  
 • Não há IML que atenda a região da ocorrência ou da minha residência; ou  
 • O IML que atenda a região da ocorrência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 • O IML que atenda a região da ocorrência ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 50 (cinquenta) 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 regras da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto no art. 6º, IV, da Lei nº 5.254/74.  
 Declaro que esta autorização não significa prova concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso dispuser da oportunidade.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CONDIÇÃO DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorçado ☐ Separado ☐ Outro ☐ Não sabe  
 24 - Grau da Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Vítima do acidente com deficiência: ☐ Sim ☐ Não  
 26 - Vítima do acidente com deficiência: ☐ Sim ☐ Não  
 27 - Se a vítima do acidente com deficiência, informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima do acidente com deficiência: ☐ Sim ☐ Não  
 29 - Se tinha filhos, informar: \_\_\_\_\_  
 30 - Vítima do acidente com deficiência: ☐ Sim ☐ Não  
 31 - Vítima do acidente com deficiência: ☐ Sim ☐ Não  
 32 - Se tinha irmãos, informar: \_\_\_\_\_  
 33 - Vítima do acidente com deficiência: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta na época, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar o cancelamento de resgate o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 200 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a petição (a seguir): \_\_\_\_\_  
 35 - CPF legível de quem assina a petição (a seguir): \_\_\_\_\_  
 36 - Assinatura de quem assina a petição (a seguir): \_\_\_\_\_  
 37 - Nome legível de quem assina a petição (a seguir): \_\_\_\_\_  
 38 - CPF legível de quem assina a petição (a seguir): \_\_\_\_\_  
 39 - Assinatura de quem assina a petição (a seguir): \_\_\_\_\_  
 40 - Local e data: Boa Vista - RR 27 de dezembro 2019  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (cedante): Levilson Pinto Arruda  
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

# 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: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JENILSON PINTO ARRUDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000007527-2

---

Nr. da Autenticação 33F8BC90A4E0F690



CNPJ: 05.938.457/0001-55  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.430-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.206-210



ATENÇÃO  
CAERR  
0800 280 9520  
www.caerr.com.br

Matrícula: 716499

Outubro/2019

**Dados do Cliente:**

ANTONIO MACIEL DA CUNHA ABRUDA

**Endereço para entrega:**

RUA RIO AMAZONAS, NUM. 00943 - BELA VISTA  
A BOA VISTA RR 69316-124

Inscrição 001.025.224.0660.000 Rota 7 Seq.Rota 5752 Quantidade de Economias 1

Hidrometro NÃO MEDIDO Data de Instalação Situação Água CORTADO Situação Esgoto LIGADO

ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3) NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

10

LEITURA INF.

0

DT. LEITURA

**ULTIMOS CONSUMOS**

201909 10-0  
201908 10-0  
201907 10-0  
201906 10-0  
201905 10-0  
201904 10-0

MEDIA 10

| Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor                 |       |             |     |           |        |
|-------------------------------------------------------------|-------|-------------|-----|-----------|--------|
| Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição |       |             |     |           |        |
| DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M                         |       |             |     |           |        |
| INDICADOR                                                   | CLORO | TURBIDIDADE | COR | C.TOTALIS | E.COLI |
| EXIGIÇÃO                                                    | 100   | 100         | 100 | 100       | 100    |
| ANÁLISES                                                    | 199   | 199         | 199 | 199       | 199    |
| CONFORME                                                    | 199   | 199         | 199 | 199       | 199    |

**DESCRIÇÃO**

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

23,83

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA

19,06

MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019

0,85

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR

43,74

AVISO: EM 31/08/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO

PREVENIR E A MELHOR FORMA DE SE CUIDAR!  
"OUTUBRO ROSA"



| MATRICULA | REFERENCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|------------|---------------|
| 716499    | 10/2019    | 15/11/2019 | 43,74         |

82620000000- 6 43740004001- 4 00071649901- 7 10201970003- 2



IMPRESSO EM: 07-10-2019 09:50:43

Via do Cliente

Via do CAER



CNPJ: 06.928.427/0001-12  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 28.955.4  
RUA NELSON JONES, 219 - SÃO PAULO - CEP: 05.308-610

0000 200 9520

Matrícula: 534633

Agosto/2019

Dados do Cliente:

IVETE GUIMARÃES COSTA

Endereço para entrega:

RUA ACRE, 569/1 - BAIRRO DOS ESTADOS BOA  
VISTA RR 69385-510

Inscrição

001.008.057.0089.001

Rota

3

Seq.Rota

4358

Quantidade de Economias

RESIDENCIAL

Hidrometro

Y125469563

Data de instalação

31/10/2012

Situação Água

LIGADO

Situação Esgoto

LIGADO

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m3)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT. 799

807

8

32

LEITURA INF.

DT. LEITURA 12/07/2019 13/08/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201907 7-0  
201906 10-0  
201905 15-0  
201904 14-0  
201903 11-0  
201902 12-0

MEDIA 11

| Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor                 |       |          |     |           |        |
|-------------------------------------------------------------|-------|----------|-----|-----------|--------|
| Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição |       |          |     |           |        |
| DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M                         |       |          |     |           |        |
| AMOSTRAS                                                    | CLORO | TURBIDEZ | COR | C.TOTALIS | E.COLI |
| EXISTENTES                                                  | 100   | 100      | 100 | 100       | 100    |
| ANALISADAS                                                  | 200   | 200      | 200 | 200       | 200    |
| CONFORMES                                                   | 200   | 200      | 200 | 200       | 200    |

DESCRICAO

ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

8 M3 23,83

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA 19,06

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

0,85

VENCIMENTO:

15/09/2019

TOTAL A PAGAR

43,74

IMPRESSO EM: 13/08/2019 08:47:06

Via do Cliente

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

<sup>2</sup> 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 Para Dora Guimarães Costa inscrito (a) no CPF/CNPJ 762.732.616/87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jemilson Pinto Arruda inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.289.332/52 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Jemilson Pinto Arruda inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.289.332/52 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

RG e CPF

☒ 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 <u>Rua Aire</u> |                         | Número <u>569</u>             | Complemento <u>Casa</u>      |
| Bairro <u>Estadão</u>    | Cidade <u>Boa Vista</u> | Estado <u>RR</u>              | CEP <u>69.305-510</u>        |
| Email _____              |                         | Telefone comercial(DDD) _____ | Telefone celular (DDD) _____ |

Boa Vista 27 de dezembro de 2019  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

|                                                        |  |                              |  |                            |  |                    |  |                   |  |                |  |
|--------------------------------------------------------|--|------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------|--|-------------------|--|----------------|--|
| 1801164502                                             |  | 27/04/2019 09:07:45          |  | FICHA DE ATENDIMENTO       |  | RAUMATOLOGIA       |  | NO TURNO 19       |  | 1              |  |
| Paciente                                               |  | Data Nascimento              |  | Idade                      |  | CNS                |  | CPF               |  | Frontiário     |  |
| JENILSON PINTO ARRUDA                                  |  | 12/10/1981                   |  | 27 A 11 M 9 D              |  | 898004880689806    |  | 70328033252       |  |                |  |
| Tipo Doc                                               |  | Organismo                    |  | Orgão Emissor Data Emissão |  | Sexo               |  | Estado Civil      |  | Raza/Cor       |  |
|                                                        |  |                              |  |                            |  | M                  |  | SOLTEIRO(A) PARÇA |  | SANTANERI - PA |  |
| Nome                                                   |  | Pol                          |  | Contrato                   |  | Naturalidade       |  | Nacionalidade     |  |                |  |
| MÁRIA DA CONCEIÇÃO PINTO DUARTE                        |  | ANTONIO MOACIR PINTO ARRUDA  |  | (05) 99175-6255            |  | SANTANERI - PA     |  | BRASILEIRA        |  |                |  |
| Endereço                                               |  | Qualificação                 |  | Profissão do Aluno         |  | Procedência        |  | Tempo             |  | Pesso          |  |
| RUA - RIO AMAZONAS - 841 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR |  | ESTUDANTE                    |  |                            |  |                    |  |                   |  |                |  |
| Class. de Risco                                        |  | Para Consulta                |  | Nº de Carteira             |  | Validade           |  | Autenticação      |  | Sis. Principal |  |
|                                                        |  | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |  |                            |  |                    |  |                   |  |                |  |
| Válido da Atividade                                    |  | Caráter do Atendimento       |  | Profissão do Aluno         |  | Procedência        |  | Tempo             |  | Pesso          |  |
| ACIDENTE DE MOTO                                       |  | URGÊNCIA                     |  |                            |  |                    |  |                   |  |                |  |
| Paciente                                               |  | Tipo de Queixa               |  | Procedimento Sol.          |  | Registrado por:    |  | WALDEMAR STOCKER  |  |                |  |
| GRANDE TRAUMA                                          |  | DEMANDA ESPONTÂNEA           |  |                            |  |                    |  |                   |  |                |  |
| Queixa Principal                                       |  | Síndrome Febril              |  | Síndrome Respiratória      |  | Suspeita de Dengue |  |                   |  |                |  |
| Queda de moto há 1 hora                                |  |                              |  |                            |  |                    |  |                   |  |                |  |

|                        |  |                           |  |       |  |
|------------------------|--|---------------------------|--|-------|--|
| Anamnese da Enfermagem |  | GSG                       |  | TOTAL |  |
|                        |  | AD:1234 RM:12345 MR:12346 |  |       |  |

Anamnese: (HORA DA CONSULTA: )

Residente próximo do Curumim. Relata queda de moto. Trauma, pela CESSU. Relata acidente há 1 hora, com polietileno em região de membros superiores. E há laceração e escoriações em face. Relata dor no local do acidente.

Exame Físico

H: Sinais vitais estáveis, com coloração normal. D: Glândulas TG.

PE: Superfície em ar ambiente. E: Laceração em face, região do nariz, escoriações em membros inferiores. Relata em membro superior. E.

Hipótese Diagnóstica

SABT: Exames Complementares

RAIO-X ( ) ULTRASON (X) SANGUE ( ) URINA ( ) DOB ( ) OUTROS ( )

|            |             |            |
|------------|-------------|------------|
| PRESCRIÇÃO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
|------------|-------------|------------|

Ceftriaxona 2g IV 12/18 NT

AS TO 5ml (SM) 6/8

Apresentar em 600 mg (ED) q 12h

Ceftriaxona 1g (ED) q 12h

Conduta

Alta por Jackson Médica

Alta a Pedido

Alta a Revella

Transfêrência para: *Guararapes*

Objeto

Alta de 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Família ( ) 1º Atendimento Patológico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: waldeмар stocker

Data Hora: 21/04/2019 09:28:00

Carimbo: A ORTOPEDIA

Carimbo: Marcello Santos Médico Residente Cirurgia Geral CRM-RR 1518

Carimbo: 12315-322



Zemilson Pinto

Data: 21/07/19 às 10:00

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fx. exposta 5º dedo

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TTO Cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO:

I

INDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Osteomielite

CIRURGIÃO:

Dr. Roberto R3

1º AUXILIAR:

Dr. Pedro R1

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 - Lavagem em DDA sob anestesia
- 2 - Antepsia + antiseptia + colocação de curativo estéril
- 3 - LMC extensiva com 5L de Sol 0,9%
- 4 - Fixação do foc. de fratura em poliarco metálico de 35° Guinobachto direito com fio de Kirschner 2,5mm
- 5 - Tenoroplastia da lesão em 3º Guinobachto direito
- 6 - Sutura + curativo
- 7 - LPA

Painel Cirúrgico Externos Jussé  
19/07/2019Dr. Pedro de S. Fausa  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRP 197.208



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

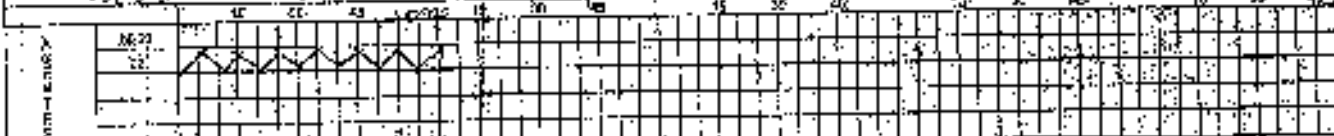
## FICHA DE ANESTESIA

Paulo Pinto Amato 27a R. de Almeida  
 HENRIQUE - ZILCA - DORIS - EMILIO  
 607-100-8

1003-5mg 4:00, 5:00, 6:00, 7:00, 8:00, 9:00, 10:00, 11:00, 12:00, 13:00, 14:00, 15:00, 16:00, 17:00, 18:00, 19:00, 20:00, 21:00, 22:00, 23:00, 24:00

Bom dia, R.R.

23/08/39



| INFUSÃO | VITALS | TIME  | ANESTESIA |
|---------|--------|-------|-----------|
| 1003    | 100    | 4:00  | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 5:00  | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 6:00  | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 7:00  | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 8:00  | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 9:00  | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 10:00 | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 11:00 | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 12:00 | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 13:00 | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 14:00 | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 15:00 | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 16:00 | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 17:00 | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 18:00 | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 19:00 | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 20:00 | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 21:00 | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 22:00 | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 23:00 | 1003-5mg  |
| 1003    | 100    | 24:00 | 1003-5mg  |

| ANESTESIA | VITALS | TIME  | ANESTESIA |
|-----------|--------|-------|-----------|
| 1003      | 100    | 4:00  | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 5:00  | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 6:00  | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 7:00  | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 8:00  | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 9:00  | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 10:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 11:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 12:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 13:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 14:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 15:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 16:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 17:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 18:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 19:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 20:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 21:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 22:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 23:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 24:00 | 1003-5mg  |

| ANESTESIA | VITALS | TIME  | ANESTESIA |
|-----------|--------|-------|-----------|
| 1003      | 100    | 4:00  | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 5:00  | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 6:00  | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 7:00  | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 8:00  | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 9:00  | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 10:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 11:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 12:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 13:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 14:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 15:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 16:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 17:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 18:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 19:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 20:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 21:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 22:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 23:00 | 1003-5mg  |
| 1003      | 100    | 24:00 | 1003-5mg  |

Hoje a cirurgia foi realizada com sucesso em 3º grau, com 100% de sucesso.  
 Res. Enxerto R.R.  
 Res. Enxerto R.R.  
 Michel M. Moura  
 Médico Anestesiologista  
 CRM - RR 1103

③ Implants de 1g Ad. Ho. Quina  
 ③ Implants de 1g Ad. Ho. Quina  
 ③ Implants de 1g Ad. Ho. Quina  
 ③ Implants de 1g Ad. Ho. Quina



SUS



Protocolo  
00175760

Data Internação  
2.10.19

Data da Carga  
3.10.19

2º AIT  
Edilson

Vinhetos da AIT

141950000532-0

Internação

404

4

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR - AIT

|                                 |  |                       |  |
|---------------------------------|--|-----------------------|--|
| Nome do Paciente                |  | CPF                   |  |
| QUINTIN REEDIL DE RORAIMA - HGR |  | 2319859               |  |
| Nome do Pai/mãe                 |  | Data de Nascimento    |  |
| JENNISON PINTO ARRUDA           |  | 12/10/1991            |  |
| Sexo                            |  | 1 - Masculino         |  |
| Cor                             |  | PARDA                 |  |
| Data de Nascimento              |  | Nacionalidade         |  |
| 12/10/1991                      |  | BRASILEIRA            |  |
| Nome da Mãe                     |  | Telefone para Contato |  |
| MARIA DE CONCEICAO PINTO DUAR   |  | (95) 99175-6255       |  |
| Endereço                        |  | Número                |  |
| RUA RORAIMA ZONAS               |  | 611                   |  |
| CEP                             |  | UF                    |  |
| 69316-124                       |  | RR                    |  |

|                       |  |                        |  |              |  |
|-----------------------|--|------------------------|--|--------------|--|
| Unidade de Internação |  | Médico Solicitante     |  | Centro SUS   |  |
| Hospital - CRM        |  | Edilson                |  | Hospital SUS |  |
| Número de Internação  |  | Procedimento Principal |  | Esp          |  |
| 0408020407            |  |                        |  |              |  |
| Sexo Paciente         |  | Raza Paciente          |  | Alta         |  |
| Masculino             |  | Branca                 |  | Alta         |  |

| Ordem | Ata/Procedimento | Cod Ope | OFF/CRM | CRM   | PRO | QNT | OUT |
|-------|------------------|---------|---------|-------|-----|-----|-----|
| 01    |                  |         |         | 1205  |     | 1   |     |
| 02    |                  |         |         | 1333  |     | 1   |     |
| 03    |                  |         |         | 693   |     | 1   |     |
| 04    |                  |         |         | 1909  |     | 1   |     |
| 05    | 0401010045       |         |         | 69389 |     | 1   |     |
| 06    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 07    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 08    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 09    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 10    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 11    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 12    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 13    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 14    |                  |         |         |       |     |     |     |
| 15    |                  |         |         |       |     |     |     |

|                               |  |                  |  |                 |  |                    |  |
|-------------------------------|--|------------------|--|-----------------|--|--------------------|--|
| Assinatura do Médico          |  | Data Autorização |  | CPF Autorização |  | CNS Autorização    |  |
| Rogério Francisco de Carvalho |  | 2/10/19          |  | 768.264.730-16  |  | 898 0007 5018 1917 |  |
| Assinatura do Auditor         |  | Data Anulação    |  | CPF Auditor     |  | CNS Auditor        |  |
|                               |  |                  |  |                 |  |                    |  |

Alba: 03/10/99

|                                                                                                                           |                            |                           |                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
|  <b>SUS</b><br>Sistema<br>Único de<br>Saúde | Estado<br>Unidade<br>Saúde | Ministério<br>da<br>Saúde | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO<br/>DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                               |                  |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE<br>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE | <h1>BLOCO D</h1> | 2 - CATEGORIA<br>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------|

|                                                                            |                                                                           |                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE<br>4 - NOME DO PACIENTE<br><u>Severino Vinho</u> | 5 - DATA DE NASCIMENTO<br><u>12/10/91</u>                                 | 6 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO<br><u>375760</u>    |
| 7 - NOME DO RESPONSÁVEL<br><u>Maria da Conceição Pinto Duarte</u>          | 8 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)<br><u>Rua Rio Amarelo, 847, Bela Vista</u> | 9 - CIDADE/MUNICÍPIO/UF<br><u>Bela Vista RR</u> |

|                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><u>Paciente com Ex. Exposita de<br/>falange média de 3º dedo do 1º<br/>Direito</u> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><u>ITO Unipolo + AIB</u>                   |
| 12 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS<br><u>Artrorress + Ex. Falange + R-X</u> |
| 13 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO<br><u>Ex. Exposita 3º dedo</u>                             |

|                                                               |                                                                   |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 14 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><u>Ortopedia</u> | 15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO<br><u>04080347</u>                    |
| 16 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE<br><u>Ortopedia</u>      | 17 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE<br><u>[Assinatura]</u> |

|                                                                                           |                                          |                                                       |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------|
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)                            |                                          |                                                       |                         |
| 18 - ACIDENTE DE TRABALHO<br>19 - ACIDENTE DE TRÂNSITO<br>20 - ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA | 21 - DATA DO ACIDENTE<br><u>03/10/99</u> | 22 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL<br><u>[Assinatura]</u> | 23 - GÊNERO<br><u>M</u> |

|                                                              |                                                                   |                                             |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 24 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR<br><u>[Assinatura]</u> | 25 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO HOSPITAL<br><u>[Assinatura]</u> | 26 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br><u>04/10/99</u> |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

HOSPITAL DE  
Av. São  
Rua 1000  
Bela Vista

04080347  
5626  
1799

ate 7.10



GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMÍVEL EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Wilson Vinícius APT OU LEITO: 27a Nº DO PRONTUÁRIO: DATA: 21/09/19

CIRURGIA: TIPO: TEMPO DE DURAÇÃO: INÍCIO: 09:35 FIM: 10:22 TEMPO TOTAL:

ENFERMEIRO: Fabio ANESTESISTA: Wickel RES. ANESTESIA: INSTRUMENTADOR:

AUXILIAR: Pedro CIRCULANTE: Elizângela Maria Raimunda TEMPO DE DURAÇÃO:

| QUANT.                              | MATERIAIS                   | VALOR | QUANT.                              | MEDICAMENTOS                                             | VALOR |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | PCTE COMPRESSAS C/ 02 UNID. |       | <input checked="" type="checkbox"/> | FRASCOS SORO FISIOLÓGICO - 500ml                         |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | PACOTES GAZE                |       |                                     | FRASCOS SORO RINGER LACTADO                              |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTÉRIL 7.0            |       |                                     | FRASCOS SORO GLUCOSADO                                   |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTÉRIL 7.5            |       |                                     | FIO VECRYL Nº                                            |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTÉRIL 8.0            |       | <input checked="" type="checkbox"/> | FIO MONONYLON Nº 4.0 / 3.0 -                             |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTÉRIL 8.5            |       |                                     | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº                                |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVAS P/ PROCEDEMENTOS      |       |                                     | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº                                |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LÂMINA BISTURI Nº 20        |       |                                     | FIO CATGUT SIMPLES Nº                                    |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | DRENO DE SUÇÃO Nº           |       |                                     | FIO CATGUT CROMADO Nº                                    |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | DRENO DE TORAX Nº           |       |                                     | FIO PROLENE Nº                                           |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | DRENO DE PENROSE Nº         |       |                                     | FIO SEDA Nº                                              |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 01ML                |       | <input checked="" type="checkbox"/> | 180ml <del>ANTIBIÓTICO</del> PUST <del>Antibiotico</del> |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 03ML                |       | <input checked="" type="checkbox"/> | 280ml <del>ANTIBIÓTICO</del> <del>Antibiotico</del>      |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 05 ML               |       | <input checked="" type="checkbox"/> | 120g <del>ANTIBIÓTICO</del> <del>Antibiotico</del>       |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 10ML                |       | <input checked="" type="checkbox"/> | 120g <del>ANTIBIÓTICO</del> <del>Antibiotico</del>       |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 20ML                |       | <input checked="" type="checkbox"/> | 120g <del>ANTIBIÓTICO</del> <del>Antibiotico</del>       |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Elipores                    |       | <input checked="" type="checkbox"/> | OUTROS: <del>Antibiotico</del> <del>Antibiotico</del>    |       |

1. Cateter de O<sub>2</sub> + 100ml Alcool 70%  
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS: DEIXAR NA CC DO PACIENTE VALOR:

| INSTRUMENTADOR(A) | PRIMEIRA CHEFE           | MATERIAL MEDICAMENTOS               | SOMA TOTAL |
|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|------------|
|                   | <u>Gracia + Sullivan</u> | TAXA DE SALA                        |            |
| ACIONÁRIO/CAVALOS | CIRCULANTE DE SALA       | TAXA DE ANESTESIA                   |            |
|                   |                          | SOMA                                |            |
|                   |                          | FOME EST. FORMIGADO A CONTABILIDADE |            |



Data: 28 / 09 / 2019

[illegible]

100

[illegible]



**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**Serviço de Ortopedia e Traumatologia**



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

|                  |                                                          |                |      |      |         |
|------------------|----------------------------------------------------------|----------------|------|------|---------|
| DATA DE ADMISSÃO |                                                          | DIH            |      | DM   |         |
| PACIENTE         |                                                          | Fm. 14/10/2014 |      |      |         |
| AGNOSTIC         |                                                          | Fm. 14/10/2014 |      |      |         |
| ALERGIAS         |                                                          | HAS            | NEGA | DM2  | NEGA    |
| IDADE            |                                                          | LEITO          |      | DATA | 2/10/14 |
| ITEM             | PRESCRIÇÃO                                               |                |      |      | HORARIO |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE                                         |                |      |      |         |
| 2                | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                 |                |      |      |         |
| 3                | SF 0,9% 500ML EV S/N                                     |                |      |      |         |
| 4                | DIPIRONA 500MG EV 8/8H                                   |                |      |      |         |
| 5                | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                                 |                |      |      |         |
| 6                | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA   |                |      |      |         |
| 7                | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 |                |      |      |         |
| 8                | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                    |                |      |      |         |
| 9                | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                          |                |      |      |         |
| 10               | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                         |                |      |      |         |
| 11               | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H               |                |      |      |         |
| 12               | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |                |      |      |         |
| 13               | SSV + CCGG 8/8H                                          |                |      |      |         |
| 14               | CURATIVO DIÁRIO                                          |                |      |      |         |
| 15               |                                                          |                |      |      |         |
| 16               |                                                          |                |      |      |         |
| 17               |                                                          |                |      |      |         |
| 18               |                                                          |                |      |      |         |
| 19               |                                                          |                |      |      |         |
| 20               |                                                          |                |      |      |         |
| 21               |                                                          |                |      |      |         |

**SE DIABÉTICO** CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SR), CONFORME ESQUEMA:  
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E Q.U GLICOSE ≤ 70  
 DUA, GLICOSE 50% 40 ML EV + AMISAR PLANTONISTA

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# HISTÓRICO DO PACIENTE: DOBADO NO SEIO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BCG, ADJACENTE, ANTERIOR, ATERIO, FÚNEICO,  
 NORMOCEDRADO, HIGRADO,  
 # SOLICITADO: RX: II CONDUTA: MANEJA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Pedro de S. Fausto  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 02/10/2014

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

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Admissionado ao UIC 25h do C.C.



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

Genilson Raulo Amado

Leito: 03

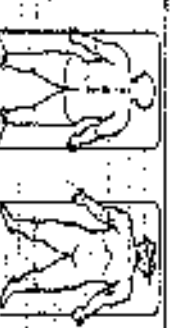
Data: 24/09/18

Localização



Região: Membros

Crân: ( ) 11/12



Região: Cabeça

Crân: ( ) 11/12

Etiologia

( ) LPP I II III IV 7\* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular  
( ) Trauma: Tórax Fixador Externo ( ) Ortopedia  
( ) Outro:

( ) LPP I II III IV 7\* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular  
( ) Trauma: Tórax Fixador Externo ( ) Ortopedia  
( ) Outro:

Aparência do

Leito  
( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Escalo ( ) Granulação ( ) Epitelização  
( ) Ferida fechada ( ) Drenó/ Sonda ( ) Outros

( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Escalo ( ) Granulação ( ) Epitelização  
( ) Ferida fechada ( ) Drenó/ Sonda ( ) Outros

Pelo Profissional

( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema/ Rubor  
( ) Outro:

( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema/ Rubor  
( ) Outro:

Tipo de Exsudato

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

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

Quantidade de

Exsudato  
( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco

( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco

Solução de

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

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

Cobertura

primária  
( ) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel  
( ) Outro:

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

Truca

( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h

( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h

Profissional que

realizou

procedimento:

Valderson da Silva Moraes  
Técnico de Enfermagem  
COHEN EN 381192-11

Silva Moraes  
Técnico de Enfermagem  
COHEN EN 381192-11

Observações:

Walter do Carmo  
Técnico de Enfermagem  
COHEN EN 381192-11





GOVERNADOR DO ESTADO  
Roraima

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

HGR



|                  |  |                                                                                                                                                                                                            |  |            |  |        |  |            |  |
|------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--|--------|--|------------|--|
| DATA DE ADMISSÃO |  | DIH                                                                                                                                                                                                        |  | 21/09/2019 |  | DN     |  | 12/10/1991 |  |
| PACIENTE         |  | JENILSON PINTO ARRUDA                                                                                                                                                                                      |  |            |  |        |  |            |  |
| DIAGNÓSTICO      |  | FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITA                                                                                                                                                                    |  |            |  |        |  |            |  |
| ALERGIAS         |  | HAS                                                                                                                                                                                                        |  | DM2        |  |        |  |            |  |
| IDADE            |  | 27                                                                                                                                                                                                         |  | LEITO      |  | MACA 3 |  | DATA       |  |
| ITEM             |  |                                                                                                                                                                                                            |  |            |  |        |  | HORÁRIO    |  |
| 1                |  | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                           |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 2                |  | AVP                                                                                                                                                                                                        |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 3                |  | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H                                                                                                                                                                             |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 4                |  | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H OU VO                                                                                                                                                                           |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 5                |  | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N                                                                                                                                                                     |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 6                |  | OMEPRÁZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                                                                                                                                                               |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 7                |  | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                    |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 8                |  | TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR                                                                                                                                               |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 9                |  | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                                                                                                                                                                |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 10               |  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                        |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 11               |  | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                            |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 12               |  | SSVV + CCGG 6/6H                                                                                                                                                                                           |  |            |  |        |  | SND        |  |
| 13               |  |                                                                                                                                                                                                            |  |            |  |        |  |            |  |
| 14               |  |                                                                                                                                                                                                            |  |            |  |        |  |            |  |
| 15               |  |                                                                                                                                                                                                            |  |            |  |        |  |            |  |
| 16               |  |                                                                                                                                                                                                            |  |            |  |        |  |            |  |
|                  |  | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 10 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |  |            |  |        |  |            |  |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, AUMENTANDO, SFM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRIGO, AFÉBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

| 6 H  | PA                    | FC | FR |
|------|-----------------------|----|----|
| 12 H | DE FICIT DE FUNCIONAR |    |    |
| 18 H | 121/68                | 78 | 18 |
| 24 H | 155/96                | 63 | 36 |

Dr. Odinechi Okemini  
Médico  
CRM/R 1251

183/90 63 36,7°C

maca 3

maca 3

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



|                                               |                                         |                     |                       |                     |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|
| Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas | Protocolo nº 1                          | Versão: 08          | Elaborada: 02/2013    | Atualizada: 12/2018 |
| HGR                                           | Paciente: <u>Yenilapen Pinto Juanda</u> | Leito: <u>10913</u> | Data: <u>10/01/19</u> |                     |

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Localização                             | <br>Região: <u>Péto</u><br>Grau: I ( ) II (X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <br>Região: <u>MIÉ</u><br>Grau: I ( ) II (X) |
| Etiologia                               | <input checked="" type="checkbox"/> LPI III/IV? <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outros:         |                                              |
| Aparência do Leito                      | <input type="checkbox"/> Necrose Amarela/Verde <input type="checkbox"/> Estroço <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input checked="" type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Drenos/Sonda <input type="checkbox"/> Outros:                                                                 |                                              |
| Pele Periférica                         | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Malcheado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor<br><input type="checkbox"/> Gume:                                                                                                                                                                   |                                              |
| Tipo de Exsudato                        | <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Serosangüíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outros:                                                                                                                                                                 |                                              |
| Quantidade de Exsudato                  | <input checked="" type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Abundante                                                                                                                                                                        |                                              |
| Solução de Limpeza                      | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrocol                                         |                                              |
| Cobertura Plástica                      | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrocol<br><input type="checkbox"/> Outros:                                                                                                                                                         |                                              |
| Local                                   | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |
| Profissional que realizou procedimento: | Médico de Referência: <u>N. Viana</u> <u>Coordenador de Enfermagem</u> <u>Coordenador de Fisioterapia</u><br>Enfermeiro: <u>Yenilapen Pinto Juanda</u> <u>Coordenador de Enfermagem</u> <u>Coordenador de Fisioterapia</u><br>Técnico de Enfermagem: <u>Yenilapen Pinto Juanda</u> <u>Coordenador de Enfermagem</u> <u>Coordenador de Fisioterapia</u> |                                              |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |

Maai 3

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nome Completo: <u>Leandro Roberto Almeida</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Data: <u>22/09/19</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Enfermidade: <u>Mala</u>                                                                                                                                                                         |  | Lado: <u>3</u>                                                                                                                                                                                   |  |
| História Clínica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Exame Físico                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Exame de Laboratório                                                                                                                                                                             |  | Exame de Imagem                                                                                                                                                                                  |  |
| Sistema Neurológico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Sistema Cardiovascular                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Sistema Gastrointestinal                                                                                                                                                                         |  | Sistema Urinário / Ginecológico                                                                                                                                                                  |  |
| Consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado<br>Estado: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta<br>Reflexos: <input checked="" type="checkbox"/> Normais<br>Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas<br>Higiene Bucal: <input checked="" type="checkbox"/> Buco<br>Características da Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normal |  | Frequência Cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Normal<br>Ritmo: <input checked="" type="checkbox"/> Regular<br>Sístole: <input checked="" type="checkbox"/> Normal<br>Pressão Arterial: <input checked="" type="checkbox"/> Normal<br>Ausculta Pulmonar: <input checked="" type="checkbox"/> Normal |  | Estado de Alerta: <input checked="" type="checkbox"/> Presente<br>Higiene Bucal: <input checked="" type="checkbox"/> Buco<br>Características da Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normal |  | Urina: <input checked="" type="checkbox"/> Normal<br>Sangue: <input checked="" type="checkbox"/> Normal<br>Características da Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normal                   |  |
| Sistema Respiratório                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Sistema Musculoesquelético                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Sistema Endócrino                                                                                                                                                                                |  | Sistema Integumentar                                                                                                                                                                             |  |
| Estado de Alerta: <input checked="" type="checkbox"/> Presente<br>Higiene Bucal: <input checked="" type="checkbox"/> Buco<br>Características da Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normal                                                                                                                                                                       |  | Estado de Alerta: <input checked="" type="checkbox"/> Presente<br>Higiene Bucal: <input checked="" type="checkbox"/> Buco<br>Características da Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normal                                                                                                              |  | Estado de Alerta: <input checked="" type="checkbox"/> Presente<br>Higiene Bucal: <input checked="" type="checkbox"/> Buco<br>Características da Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normal |  | Estado de Alerta: <input checked="" type="checkbox"/> Presente<br>Higiene Bucal: <input checked="" type="checkbox"/> Buco<br>Características da Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normal |  |
| Sistema Endócrino                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Sistema Integumentar                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Sistema Musculoesquelético                                                                                                                                                                       |  | Sistema Respiratório                                                                                                                                                                             |  |
| Estado de Alerta: <input checked="" type="checkbox"/> Presente<br>Higiene Bucal: <input checked="" type="checkbox"/> Buco<br>Características da Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normal                                                                                                                                                                       |  | Estado de Alerta: <input checked="" type="checkbox"/> Presente<br>Higiene Bucal: <input checked="" type="checkbox"/> Buco<br>Características da Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normal                                                                                                              |  | Estado de Alerta: <input checked="" type="checkbox"/> Presente<br>Higiene Bucal: <input checked="" type="checkbox"/> Buco<br>Características da Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normal |  | Estado de Alerta: <input checked="" type="checkbox"/> Presente<br>Higiene Bucal: <input checked="" type="checkbox"/> Buco<br>Características da Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normal |  |
| Sistema Musculoesquelético                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Sistema Respiratório                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Sistema Endócrino                                                                                                                                                                                |  | Sistema Integumentar                                                                                                                                                                             |  |
| Estado de Alerta: <input checked="" type="checkbox"/> Presente<br>Higiene Bucal: <input checked="" type="checkbox"/> Buco<br>Características da Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normal                                                                                                                                                                       |  | Estado de Alerta: <input checked="" type="checkbox"/> Presente<br>Higiene Bucal: <input checked="" type="checkbox"/> Buco<br>Características da Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normal                                                                                                              |  | Estado de Alerta: <input checked="" type="checkbox"/> Presente<br>Higiene Bucal: <input checked="" type="checkbox"/> Buco<br>Características da Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normal |  | Estado de Alerta: <input checked="" type="checkbox"/> Presente<br>Higiene Bucal: <input checked="" type="checkbox"/> Buco<br>Características da Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normal |  |



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

HGR

MACA 3

| DATA DE ADMISSÃO                     | DIH                                                                                                                                                                                                        | DN              |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| PACIENTE JENILSON PINTO ARRUDA       |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| AGNOSTICADO FX EXPOSTA 3RO QRD MAO D |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| ALERGIAS                             | HAS                                                                                                                                                                                                        | DM2             |
| IDADE 21                             | LEITO MACA 3                                                                                                                                                                                               | DATA 23/09/2019 |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                 | HORÁRIO         |
| 1                                    | DIETA LIVRE                                                                                                                                                                                                | 500             |
| 2                                    | AVP                                                                                                                                                                                                        | 1000            |
| 4                                    | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                    |                 |
| 5                                    | TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DU 1CP 50MG VO DE 8/8H                                                                                                                                                      |                 |
| 6                                    | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H                                                                                                                                                                                     |                 |
| 7                                    | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                        |                 |
| 8                                    | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                                                                                                                                                                |                 |
| 9                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O                                                                                                                                                                   |                 |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                            |                 |
| 11                                   | SSVV + CCGG 8/6 H                                                                                                                                                                                          |                 |
| 12                                   | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 H                                                                                                                                                                            |                 |
| 13                                   | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H                                                                                                                                                                                 |                 |
| 14                                   |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| 15                                   |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| 16                                   | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-260: 2UI; 261-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                 |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

OB: D PA: 110/70 PS: 80 TP: 36

| SINAIS VITAIS |        |    |    |      |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H           | PA     | FC | FR |      |
| 12 H          | 109/77 | 85 | 19 | 36.4 |
| 18 H          | 122/80 | 78 | 18 | 35.5 |
| 24 H          | 130/67 | 79 | +  | 35.3 |

Dr. Jairo de Aguiar Aguiar  
CRM 566

## Actualizado: 12/2018



Rock

Data: 28/09/10

[illegible]

50

$$\frac{(\text{Gran-1})}{\text{LNA}}$$

☒ Trauma : Trágico Elisador Batento ( ) arteria  
☐ Outros : patologia

( ) Normal ( ) Acelerado ( ) Xenu ( ) Polissina / Rubor  
 ( ) Kermise: Amarela / Negra ( ) Estaleiro ( ) Molami / Negro ( ) Espetiz / Zaga  
 ( ) Perda / Fechada ( ) Mruu / Sonda ( ) Curoto \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

( ) Date: \_\_\_\_\_

( ) Purulento ( ) Seroso ☒ Sanguinolento ( ) Serososanguinolento  
( ) Cuarto: \_\_\_\_\_

2012

☒ Sero-Histidinyl-L-0, pKa..... ☒ Clonidine (cat. 2%)..... ☐ Alcohol 70%

( ) Gaze ( ) Colgenase Fibronase ( ) Sulfadiazine Pieza ( ) Micros  
( ) Quilco

100

Disaio.

1. ROBERTA N. VILARI  
 2. SECRETARIA

University of \_\_\_\_\_  
Department of \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_  
State \_\_\_\_\_  
Zip \_\_\_\_\_

| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F |  |                      |  |                    |  |                |  |                     |  |
|------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--|--------------------|--|----------------|--|---------------------|--|
| Bloco:                                                           |  | Data:                |  | Enfermeiro:        |  | Teller:        |  |                     |  |
| Nome Completo:                                                   |  | Dia: / /             |  | Sexo:              |  | M              |  |                     |  |
| História Digestiva:                                              |  |                      |  |                    |  |                |  |                     |  |
| Regime alimentar (Sociedade):                                    |  | 1. Sólido            |  | 2. Líquido         |  | 3. Pastoso     |  | 4. Sólido - pastoso |  |
| Necessidade de intubação:                                        |  | 1. Sim               |  | 2. Não             |  | Qualidade:     |  |                     |  |
| Poss. de alimentação:                                            |  | 1. Sim               |  | 2. Não             |  | Dose:          |  |                     |  |
| Sintomas:                                                        |  | 1. Normal            |  | 2. Sem desconforto |  | 3. Anorexia    |  | 4. Cansaço de rodas |  |
| 1. Desconforto                                                   |  | 2. Orientado         |  | 3. Desorientado    |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipotensão       |  |
| 1. Sedado                                                        |  | 2. Torção            |  | 3. Cefaleia        |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| 1. Agitado                                                       |  | 2. Ingestão entérica |  | 3. Não reger       |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| SISTEMA NEUROLÓGICO                                              |  |                      |  |                    |  |                |  |                     |  |
| 1. Desconforto                                                   |  | 2. Orientado         |  | 3. Desorientado    |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipotensão       |  |
| 1. Sedado                                                        |  | 2. Torção            |  | 3. Cefaleia        |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| 1. Agitado                                                       |  | 2. Ingestão entérica |  | 3. Não reger       |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| SISTEMA CARDIOVASCULAR                                           |  |                      |  |                    |  |                |  |                     |  |
| 1. Desconforto                                                   |  | 2. Orientado         |  | 3. Desorientado    |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipotensão       |  |
| 1. Sedado                                                        |  | 2. Torção            |  | 3. Cefaleia        |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| 1. Agitado                                                       |  | 2. Ingestão entérica |  | 3. Não reger       |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL                           |  |                      |  |                    |  |                |  |                     |  |
| 1. Desconforto                                                   |  | 2. Orientado         |  | 3. Desorientado    |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipotensão       |  |
| 1. Sedado                                                        |  | 2. Torção            |  | 3. Cefaleia        |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| 1. Agitado                                                       |  | 2. Ingestão entérica |  | 3. Não reger       |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| REGULAÇÃO TÉRMICA                                                |  |                      |  |                    |  |                |  |                     |  |
| 1. Desconforto                                                   |  | 2. Orientado         |  | 3. Desorientado    |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipotensão       |  |
| 1. Sedado                                                        |  | 2. Torção            |  | 3. Cefaleia        |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| 1. Agitado                                                       |  | 2. Ingestão entérica |  | 3. Não reger       |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| CARACTERÍSTICAS DA PELE                                          |  |                      |  |                    |  |                |  |                     |  |
| 1. Desconforto                                                   |  | 2. Orientado         |  | 3. Desorientado    |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipotensão       |  |
| 1. Sedado                                                        |  | 2. Torção            |  | 3. Cefaleia        |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| 1. Agitado                                                       |  | 2. Ingestão entérica |  | 3. Não reger       |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| SISTEMA URINÁRIO / DIURESE                                       |  |                      |  |                    |  |                |  |                     |  |
| 1. Desconforto                                                   |  | 2. Orientado         |  | 3. Desorientado    |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipotensão       |  |
| 1. Sedado                                                        |  | 2. Torção            |  | 3. Cefaleia        |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| 1. Agitado                                                       |  | 2. Ingestão entérica |  | 3. Não reger       |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO                                             |  |                      |  |                    |  |                |  |                     |  |
| 1. Desconforto                                                   |  | 2. Orientado         |  | 3. Desorientado    |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipotensão       |  |
| 1. Sedado                                                        |  | 2. Torção            |  | 3. Cefaleia        |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| 1. Agitado                                                       |  | 2. Ingestão entérica |  | 3. Não reger       |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| CONTROLE DE CATÉTERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES           |  |                      |  |                    |  |                |  |                     |  |
| 1. Desconforto                                                   |  | 2. Orientado         |  | 3. Desorientado    |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipotensão       |  |
| 1. Sedado                                                        |  | 2. Torção            |  | 3. Cefaleia        |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| 1. Agitado                                                       |  | 2. Ingestão entérica |  | 3. Não reger       |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                                        |  |                      |  |                    |  |                |  |                     |  |
| 1. Desconforto                                                   |  | 2. Orientado         |  | 3. Desorientado    |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipotensão       |  |
| 1. Sedado                                                        |  | 2. Torção            |  | 3. Cefaleia        |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| 1. Agitado                                                       |  | 2. Ingestão entérica |  | 3. Não reger       |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| Escala de Morse                                                  |  |                      |  |                    |  |                |  |                     |  |
| 1. Desconforto                                                   |  | 2. Orientado         |  | 3. Desorientado    |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipotensão       |  |
| 1. Sedado                                                        |  | 2. Torção            |  | 3. Cefaleia        |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| 1. Agitado                                                       |  | 2. Ingestão entérica |  | 3. Não reger       |  | 4. Normotensão |  | 5. Hipertensão      |  |
| TOTAL: Risco de queda 0-24                                       |  |                      |  |                    |  |                |  |                     |  |
| Prescrição para prevenção de queda no varão                      |  |                      |  |                    |  |                |  |                     |  |



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Secretaria de Saúde de Roraima

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

HGR  
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   |       |            |      |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------|------------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                   |                                                                   | DIH   | 21/09/2019 | DN   | 12/10/1991 |
| PACIENTE JENILSON PINTO ARRUDA                                                                                                                                                                                     |                                                                   |       |            |      |            |
| DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO                                                                                                                                                                |                                                                   |       |            |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |       |            |      |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                              | 27                                                                | HAS   |            | DM2  |            |
| ITEM                                                                                                                                                                                                               |                                                                   | LEITO | MACA 3     | DATA | 24/09/2019 |
| 1                                                                                                                                                                                                                  | DIFTA ORAL LIVRE                                                  |       |            |      | HORARIO    |
| 2                                                                                                                                                                                                                  | AVP                                                               |       |            |      |            |
| 3                                                                                                                                                                                                                  | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H                                    |       |            |      |            |
| 4                                                                                                                                                                                                                  | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H OU VO                                  |       |            |      |            |
| 5                                                                                                                                                                                                                  | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H 5/N                            |       |            |      |            |
| 6                                                                                                                                                                                                                  | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                      |       |            |      |            |
| 7                                                                                                                                                                                                                  | PLASIL 10MG EV 8/8H 5/N                                           |       |            |      |            |
| 8                                                                                                                                                                                                                  | TRAMAL 100MG + SPK 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II |       |            |      |            |
| 9                                                                                                                                                                                                                  | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS 5/N                       |       |            |      |            |
| 10                                                                                                                                                                                                                 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG               |       |            |      |            |
| 11                                                                                                                                                                                                                 | CURATIVO DIÁRIO                                                   |       |            |      |            |
| 12                                                                                                                                                                                                                 | SSVV + CCGG 6/6H                                                  |       |            |      |            |
| 13                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |       |            |      |            |
| 14                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |       |            |      |            |
| 15                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |       |            |      |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |       |            |      |            |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC):<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                   |       |            |      |            |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

| SINAIS VITAIS |         |    |    |      |
|---------------|---------|----|----|------|
| 6 H           | PA      | FC | FR | Temp |
| 12 H          | 18.1/64 | 56 | 18 | 35.8 |
| 18 H          | 98/64   | 67 | 18 | 36.4 |
| 24 H          |         |    |    |      |

Dr. Osmar O. Osmar  
Médico Roraimense  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 155102

MACA 3

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborador: 02/2013

Atualizada: 12/2018

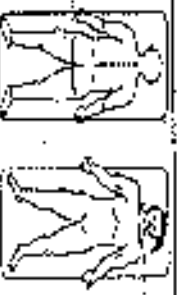
Paciente:

Jackson Pinto

Leitor: S

Data: 24/10/2014

Localização



Região: calcâneo lateral



Região:

Grau: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) V ( )

Etiologia

( ) PP I II III IV V ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:

( ) PP I II III IV V ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:

Aparência do Leito

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

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

Pele Periférica

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

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

Tipo de Exsudato

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

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

Quantidade de Exsudato

( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco

( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco

Solução de limpeza

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

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

Cobertura primária

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

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

Troca

( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48

( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48

Profissional que realizou procedimento:

Renata S. de A. Silva

Renata S. de A. Silva

Renata S. de A. Silva

Observações:

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HIGR

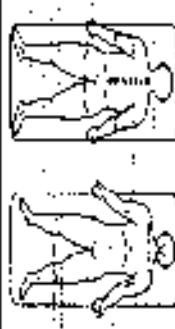
Paciente:

Demulson Pinto Amado

Leito:

3

Data: 24/04/19

|                                         |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |                                                                                                                                      | Região: <u>MSD</u>                                                                                                                                                                               |                                                                                                             | Região: <u>MLE</u>                                                                                                                                                                               |
| Etiologia                               | ( ) L.P.P. I II III IV 2ºs ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) L.P.P. I II III IV 2ºs ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro: | Grav: 1 ( ) II (X)                                                                                                                                                                               | ( ) L.P.P. I II III IV 2ºs ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro:                                                     | Grav: 1 ( ) II (X)                                                                                                                                                                               |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarelada/Negra ( ) Estase ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Drenos/Sonda ( ) Outros<br>(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Fritima / Ruibar<br>( ) Outro:                        | ( ) Necrose: Amarelada/Negra ( ) Estase ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Drenos/Sonda ( ) Outros<br>(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Fritima / Ruibar<br>( ) Outro: | ( ) Necrose: Amarelada/Negra ( ) Estase ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Drenos/Sonda ( ) Outros<br>(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Fritima / Ruibar<br>( ) Outro: | ( ) Necrose: Amarelada/Negra ( ) Estase ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Drenos/Sonda ( ) Outros<br>(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Fritima / Ruibar<br>( ) Outro: |
| Polvo Perifoneal                        | ( ) Puntento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serosanguineo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                                                                      | ( ) Puntento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serosanguineo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                                               | ( ) Puntento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serosanguineo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                                               | ( ) Puntento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serosanguineo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                                               |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                                                                          | ( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                                                   | ( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                                                   | ( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                                                   |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Soro fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Límpeza                                                                                                                                              | ( ) Soro fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Límpeza                                                                                                                       | ( ) Soro fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Límpeza                                                                                                                       | ( ) Soro fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Límpeza                                                                                                                       |
| Cobertura primária                      | (X) Gaze ( ) Colapase/Fitoflax ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                                                                                     | (X) Gaze ( ) Colapase/Fitoflax ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                                                              | (X) Gaze ( ) Colapase/Fitoflax ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                                                              | (X) Gaze ( ) Colapase/Fitoflax ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                                                              |
| Local                                   | ( ) 12/12 (X) 10/12 ( ) 18/18h                                                                                                                                                                                          | ( ) 12/12 (X) 10/12 ( ) 18/18h                                                                                                                                                                   | ( ) 12/12 (X) 10/12 ( ) 18/18h                                                                                                                                                                   | ( ) 12/12 (X) 10/12 ( ) 18/18h                                                                                                                                                                   |
| Profissional que realizou procedimento: | Renata Silva Rodrigues<br>COR-130-172                                                                                                                                                                                   | Renata Silva Rodrigues<br>COR-130-172                                                                                                                                                            | Renata Silva Rodrigues<br>COR-130-172                                                                                                                                                            | Renata Silva Rodrigues<br>COR-130-172                                                                                                                                                            |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                  |





CRANIOE NEUROLÓGICO  
Hospital de Referência Regional

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MACA  
3

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                     |       |            |      |            |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                    |                                                                                                                                                                                                                     | DIH   | 21/09/2019 | DN   | 12/10/1991 |
| PACIENTE JENILSON PINTO ARRUDA                      |                                                                                                                                                                                                                     |       |            |      |            |
| DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO |                                                                                                                                                                                                                     |       |            |      |            |
| ALERGIAS                                            |                                                                                                                                                                                                                     | HAS   |            | DM2  |            |
| IDADE                                               | 27                                                                                                                                                                                                                  | LEITO | MACA 3     | DATA | 25/09/2019 |
| ITEM                                                |                                                                                                                                                                                                                     |       |            |      | HORARIO    |
| 1                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                    |       |            |      | S/D        |
| 2                                                   | AVP                                                                                                                                                                                                                 |       |            |      | AVP        |
| 3                                                   | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H                                                                                                                                                                                      |       |            |      | 12/12H     |
| 4                                                   | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H OU VO                                                                                                                                                                                    |       |            |      | 6/6H       |
| 5                                                   | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N                                                                                                                                                                              |       |            |      | 6/6H       |
| 6                                                   | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                                                                                                                                                                        |       |            |      |            |
| 7                                                   | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                             |       |            |      |            |
| 8                                                   | TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II                                                                                                                                                     |       |            |      | 8/8H       |
| 9                                                   | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                                                                                                                                                                         |       |            |      |            |
| 10                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                                 |       |            |      |            |
| 11                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                                     |       |            |      |            |
| 12                                                  | SSVV + CCGG 6/6H                                                                                                                                                                                                    |       |            |      | SSVV       |
| 13                                                  |                                                                                                                                                                                                                     |       |            |      |            |
| 14                                                  |                                                                                                                                                                                                                     |       |            |      |            |
| 15                                                  |                                                                                                                                                                                                                     |       |            |      |            |
| 16                                                  | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |       |            |      |            |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUTA: MANTIDA

| SINAIS VITAIS |        |    |    |        |
|---------------|--------|----|----|--------|
| 6 H           | PA     | FC | FR |        |
| 12 H          | 140/70 | 62 | 18 | 36.2   |
| 18 H          | 141/57 | 68 | -  | 35.8°C |
| 24 H          | 143/50 | 76 | -  | 36.5°C |

Dr. Guilherme Okamoto  
Médico Especialista em  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 164112

06 102 x 58 55 - 35.8

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Yamilton Pinto Amada

Leito:

03

Data: 25/09/19

Localização



Região: lombos

Grav: I ( ) II (X)



Região: M.I.E

Grav: I ( ) II (X)

Fisiologia

( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) V ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular  
(X) Trauma Tração Fixador Externo ( ) Jorjexela  
( ) Outro:

( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) V ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular  
(X) Trauma Tração Fixador Externo ( ) ortopedia  
( ) Outro:

Aparência do Leito

( ) Necrose Amarelada/Negra ( ) Escurelo (X) Granulação ( ) Epitelização  
( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros  
(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor  
( ) Outro:

( ) Necrose Amarelada/Negra ( ) Escurelo (X) Granulação ( ) Epitelização  
( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros  
(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor  
( ) Outro:

Tipo de Exsudato

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

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

Quantidade de Exsudato

( ) Molhado (X) Umido ( ) Seco

( ) Molhado (X) Umido ( ) Seco

Solução de Limpeza

(X) Soro fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%  
(X) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel  
(X) Outro: A.G.E.

(X) Soro fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%  
(X) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel  
(X) Outro: A.G.E.

Troca

( ) 12/12 (X) Diário ( ) 4x/48h

( ) 12/12 (X) Diário ( ) 4x/48h

Profissional que realizou procedimento:

Yamilton Pinto Amada  
Coordenador de Enfermagem

Yamilton Pinto Amada  
Coordenador de Enfermagem

Yamilton Pinto Amada  
Coordenador de Enfermagem

Yamilton Pinto Amada  
Coordenador de Enfermagem

Yamilton Pinto Amada  
Coordenador de Enfermagem

Yamilton Pinto Amada  
Coordenador de Enfermagem

Observações:

Yamilton Pinto Amada  
Coordenador de Enfermagem





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

HGR

MACA  
3

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |         |  |            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------|--|------------|--|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                     |                                                                  | DIH     |  | DN         |  |
| PACIENTE JENILSON PINTO ARRUDA                                                                                                                                                                                       |                                                                  |         |  |            |  |
| DIAGNOSTICO FX RADIO DISTAL, ESTILOIDE ULNA E EXPOSTA PE                                                                                                                                                             |                                                                  |         |  |            |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                             |                                                                  | HAS     |  | DM2        |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                |                                                                  | LEITO   |  | DATA       |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  | MACA03  |  | 26/09/2019 |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                    | DICTA ORAL ZERO                                                  | HORARIO |  |            |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                    | AVP                                                              | 5:00    |  |            |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                    | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                                 | MANHA   |  |            |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                    | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H                       | TARDE   |  |            |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                    | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N                           | NITE    |  |            |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                     | CONT    |  |            |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                    | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                          |         |  |            |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SF DOR IN |         |  |            |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                    | 5-METILCONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                     |         |  |            |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG              | SU      |  |            |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                   | CURATIVO DIÁRIO                                                  | M       |  |            |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                   | SSVV + CCGG 6/6H                                                 | SSV     |  |            |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |         |  |            |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |         |  |            |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |         |  |            |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |         |  |            |  |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).<br>CONFIRME ESQUI-MA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                  |         |  |            |  |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUZIR MANTIDA

SINAIS VITAIS:

| PA  | FC | FR | PR   |
|-----|----|----|------|
| 6H  |    |    |      |
| 12H |    |    |      |
| 18H | 70 | 19 | 36,5 |
| 24H | 84 | 19 | 36,1 |

22 h PA = 118/64 P = 82 T = 36,5

6:00 PA: 107/67 T: 36,2 RR: 19 FC: 75

336. Realizado medicação  
de 12h e no momento  
está bem na farmácia.

Procedimento realizado  
Técnica de Enfermagem  
CORRIGIR 451.810-72

as 13h a seguir adm  
medicação de horário  
5 SSVV  
Ana Maria S. Almeida  
Auxiliar de Enfermagem  
CORE-RR 000.477.814

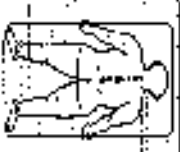
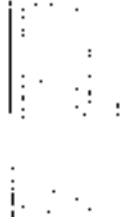


Atualizada em 12/2018

Paciente: Johnson, E. C.

Leito: A1 3

Data: M-1-a 1/5

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                           |                                           |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Localização                             |                                                                                                                                                                                           | Região: <u>MI, MSD, Caud</u><br>Grau: <u>II</u>                                                                                                                                                                                                                                                                              |   | Região: _____<br>Grau: <u>I</u> <u>II</u> |
| Fisiologia                              | <input type="checkbox"/> PP-III IV 2º <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Jateopédia<br><input type="checkbox"/> Outro: <u>Infecção</u>                 | <input type="checkbox"/> PP-III IV 2º <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Jateopédia<br><input type="checkbox"/> Outro:           |                                                                                                                                                                           |                                           |
| Aparência do Eflu                       | <input type="checkbox"/> Necrose Amarela/Verde <input type="checkbox"/> Esfúculo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros                                                             | <input type="checkbox"/> Necrose Amarela/Verde <input type="checkbox"/> Esfúculo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros                                        |                                                                                                                                                                           |                                           |
| Pele Perifereional                      | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                           |
| tipo de Exsudato                        | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |                                           |
| Quantidade de Exsudato                  | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                           |                                           |
| Solução de Medicação                    | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfatiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidroxi<br><input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfatiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidroxi<br><input type="checkbox"/> Outro: |                                                                                                                                                                           |                                           |
| Troca                                   | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                           |                                           |
| Profissional que realizou procedimento: |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                           |                                           |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                           |                                           |



404-4


 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

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

HGR

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                                                     |                                                              |  |       |        |            |            |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|-------|--------|------------|------------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    |                                                              |  |       | DIH    | 21/09/2019 | DN         | 12/10/1991 |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                            | JENILSON PINTO ARRUDA                                        |  |       |        |            |            |            |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                         | FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO                      |  |       |        |            |            |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            |                                                              |  | HAS   |        | DM2        |            |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               | 27                                                           |  | LEITO | MACA 3 | DATA       | 27/09/2019 |            |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                |                                                              |  |       |        |            |            | HORARIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                             |  |       |        |            |            | 500        |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | AVP                                                          |  |       |        |            |            | 1200       |
| 3                                                                                                                                                                                                                   | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H                               |  |       |        |            |            | 1200       |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H                                   |  |       |        |            |            | 1200       |
| 5                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N                       |  |       |        |            |            | 1200       |
| 6                                                                                                                                                                                                                   | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                 |  |       |        |            |            | 1200       |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                      |  |       |        |            |            | 1200       |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG + SFD 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR |  |       |        |            |            | 1200       |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                  |  |       |        |            |            | 1200       |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG          |  |       |        |            |            | 1200       |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                              |  |       |        |            |            | 1200       |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6H                                             |  |       |        |            |            | 1200       |
| 13                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |  |       |        |            |            | 1200       |
| 14                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |  |       |        |            |            | 1200       |
| 15                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |  |       |        |            |            | 1200       |
| 16                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |  |       |        |            |            | 1200       |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                              |  |       |        |            |            |            |

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
 CONDUTA: MANTIDA

IL

 SSVV 6H  
 PA 700/60  
 FC 80  
 T 36,7

| SINAIS VITAIS |        |    |    |      |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H           | PA     | FC | FR |      |
| 12 H          | 135/80 | 81 | 19 | 30p  |
| 18 H          | 108/60 | 83 | 19 | 3592 |
| 24 H          | 90/60  | 72 | 79 | 359  |

 DR. OSMAR OKENKI  
 MEDICO RESPONSÁVEL  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM 18518

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HCR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2015

Paciente: Yvelian Pinto Amade

Leito: 03

Data: 07/09/19

Localização



Região: M10

Grav: I ( ) II (x)



Região: M15 D1

Grav: I (x) II (x)

Etiologia

( ) LPP I II III IV 9\* ( ) Queimadura ( ) Tétano ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tracão Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:

( ) LPP I II III IV 7\* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tracão Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:

Aparência do

leito

( ) Neurose: Ansiedade/Negra ( ) Escarola ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Drenos/ Sonda ( ) Outros

( ) Neurose: Ansiedade/Negra ( ) Escarola ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Drenos/ Sonda ( ) Outros

Pele: Perifoneal

( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Húmida/ Rubor ( ) Outro:

( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Húmida/ Rubor ( ) Outro:

Tipo de Exsudato

( ) Ferimento ( ) Seco ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:

( ) Ferimento ( ) Seco ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:

Quantidade de

Exsudato

( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco

( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco

Soluções de

Farmácia

(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexantina 2% ( ) Álcool 70%

(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexantina 2% ( ) Álcool 70%

Governança

primária

(x) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase (x) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:

(x) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:

Troca

( ) 12/12 (x) Diário ( ) 48/48h

( ) 12/12 (x) Diário ( ) 48/48h

Profissional que

realizou

Valesa da Silva Mourais

Enfermeira

Coordenadora

Valesa da Silva Mourais

Enfermeira

Coordenadora

procedimento

Coordenadora

Coordenadora

Coordenadora

Coordenadora

Coordenadora

Coordenadora

Observações:



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

|                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Data: ____/____/20__                                                                                                                                           |  | Enfermaria: _____                                                                                                                                           |  | Leito: _____                                                                                                   |  |
| Nome Completo: _____                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                             |  | DN: ____/____/____                                                                                             |  |
| Hipótese Diagnóstica: _____                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                           |  | <input type="checkbox"/> Dreda <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula - perióstios |  |                                                                                                                |  |
| Bergla: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                              |  | Quemijo: _____                                                                                                                                              |  | Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M                                                    |  |
| Padrão Indígena: <input type="checkbox"/> 1990 <input type="checkbox"/> Sim                                                                                    |  | Necessidade de Interação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                         |  | Qual idioma: _____                                                                                             |  |
| Fluxo acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                  |  | Obs: _____                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                |  |
| Desambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Comprometida |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| <b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b>                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Não Respe                                                   |  | <input type="checkbox"/> Alterações: _____                                                                     |  |
| <b>PUPILAS</b>                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> Esotropea <input type="checkbox"/> Anisocoria                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Miotica <input type="checkbox"/> Mioclonia                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Alabril <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Hipertérmico         |  |
| <input type="checkbox"/> Isotropea <input type="checkbox"/> Anisocoria                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Não reagente                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> Alterações: _____                                                                     |  |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Aspiração |  |
| <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                              |  | Qual: _____                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                |  |
| <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Bradicárdico                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Taquicárdico                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendida <input type="checkbox"/> Globoso      |  |
| <input type="checkbox"/> Pulso Cereb <input type="checkbox"/> Filiforme                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> Arterial                                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/> Ruidos Híbridos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente   |  |
| Exame Físico: <input type="checkbox"/> Ruídos Cardíacos                                                                                                        |  | Pulso: _____                                                                                                                                                |  | Alterações: _____                                                                                              |  |
| <b>SISTEMA URINÁRIO / ORINÁRIO</b>                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> SVU <input type="checkbox"/> Prada                                                                |  | <input type="checkbox"/> Urópia                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> SNE/SOE                                              |  |
| <input type="checkbox"/> Anore <input type="checkbox"/> Oligúria                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> Cistostomia                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> SNE/SOE                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Imposição cistostomia                                                                                                                 |  | Outros: _____                                                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> SNE/SOE                                                                               |  |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> Indurada <input type="checkbox"/> Desidratada                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Ressecada                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> SNE/SOE                                              |  |
| <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Ictérica                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Anidrílica                                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> SNE/SOE                                                                               |  |
| Lesão por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                   |  | Região: _____                                                                                                                                               |  | Risco de Lesão Simbolizado: _____                                                                              |  |
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS</b>                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| Caráter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                  |  | Local: _____                                                                                                                                                |  | Data: _____                                                                                                    |  |
| Caráter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                     |  | Local: _____                                                                                                                                                |  | Curativo realizado em: _____                                                                                   |  |
| Sinal de infiltração no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                             |  | Aspecto da secreção: _____                                                                                                                                  |  | Quantidade: _____                                                                                              |  |
| Dreno de: _____                                                                                                                                                |  | Local: _____                                                                                                                                                |  |                                                                                                                |  |
| Quântico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                            |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> Risco de infecção                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão                                                            |  |
| <input type="checkbox"/> Risco de infecção                                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Ventilador espontâneo prejudicado                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> Risco de Quedas                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração                                                              |  |
| <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio hídrico                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada                                                                                           |  | <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Risco de constipação                                                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Risco de sono prejudicado                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Comunicação eficiente                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Déficit na automação para Higiene                                                                                                  |  |                                                                                                                |  |
| <b>Escala de Morse</b>                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| 1. Histórico de Queda                                                                                                                                          |  | 6. Estado Mental                                                                                                                                            |  | Prescrição de Cuidado Prev. Quedas                                                                             |  |
| NÃO                                                                                                                                                            |  | 0 Orientado/limitado/sem alteração de limitações                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas                                                       |  |
| SIM                                                                                                                                                            |  | 25 Superstima capacidade/esquecimento limitação                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> Identificar o risco de queda na placa de identificação                                |  |
|                                                                                                                                                                |  | TOTAL:                                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> Avaliar o paciente na higiene                                                         |  |
| 2. Diagnóstico Secundário                                                                                                                                      |  | Risco Baixo: 0-24                                                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda para sair de cama                                   |  |
| NÃO                                                                                                                                                            |  | Risco Médio: 25-44                                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Manter cama com rodas travadas                                                        |  |
| SIM                                                                                                                                                            |  | Risco Alto: Valor que 45                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> Necessidade de monitorar ao lado II                                                   |  |
| 3. Terapia endovenosa/dispositivo salinizado                                                                                                                   |  | Sinalização do Risco:                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> Manter vigilância de ____ horas                                                       |  |
| NÃO                                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> Risco sinalizado no quadro de pos/n/enfermagem                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Calçado seguro nos pés                                                                |  |
| SIM                                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> Risco registrado na placa de identificação leito                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ao paciente durante                                           |  |
| 4. Auxílio na Desambulação                                                                                                                                     |  | <b>Registro Geral</b>                                                                                                                                       |  |                                                                                                                |  |
| Nenhuma/Auxílio/Auxílio                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| Muleta/Bergala/Andador                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| Móvel/Paralela                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| 5. Marcha/Desambulação                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| Normal/Sem desambulação/Acamado                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| Falta                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |
| Comprometida/Desambulação                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                |  |

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_



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

**HGR**

|                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |       |            |      |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------|------------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                   |                                                                 | DIH   | 21/09/2019 | DN   | 12/10/1991 |
| PACIENTE JENILSON PINTO ARRUDA                                                                                                                                                                                     |                                                                 |       |            |      |            |
| DIAGNOSTICO FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO                                                                                                                                                                |                                                                 |       |            |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                           | HAS                                                             |       | DM2        |      |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                              | 27                                                              | LEITO | 404-4      | DATA | 28/09/2019 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |       |            |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                  | DIFTA ORAL CIVRF                                                |       |            |      | SN         |
| 2                                                                                                                                                                                                                  | AVP                                                             |       |            |      | SN         |
| 3                                                                                                                                                                                                                  | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H                                  |       |            |      | SN         |
| 4                                                                                                                                                                                                                  | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H                                      |       |            |      | SN         |
| 5                                                                                                                                                                                                                  | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N                           |       |            |      | SN         |
| 6                                                                                                                                                                                                                  | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                    |       |            |      | SN         |
| 7                                                                                                                                                                                                                  | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                         |       |            |      | SN         |
| 8                                                                                                                                                                                                                  | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II |       |            |      | SN         |
| 9                                                                                                                                                                                                                  | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                     |       |            |      | SN         |
| 10                                                                                                                                                                                                                 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG             |       |            |      | SN         |
| 11                                                                                                                                                                                                                 | CURATIVO DIÁRIO                                                 |       |            |      | SN         |
| 12                                                                                                                                                                                                                 | SSVV + CCGG 6/6H                                                |       |            |      | SN         |
| 13                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 |       |            |      |            |
| 14                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 |       |            |      |            |
| 15                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 |       |            |      |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 |       |            |      |            |
| 17                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 |       |            |      |            |
| 18                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 |       |            |      |            |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                 |       |            |      |            |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

**SINAIS VITAIS**

| 6 H  | PA     | FC | FR |       |
|------|--------|----|----|-------|
| 12 H | 118/66 | 59 | 20 | 37.1° |
| 18 H |        |    |    |       |
| 24 H |        |    |    |       |

Dr. Odinaldo  
 Médico Especialista em  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 14.540-0

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Ferimentos em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas

HGR

Paciente:

Yulson Pinto Almeida

Leito: 408-4

Data: 28/09/19

Localização



Região: M5D

Grau: I (-) II (+)

Etiologia

☐ MPP I II III IV V (+) ☒ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular  
☐ Trauma: Tração ☐ Mordedor Externo ☐ Intoxicação  
☒ Outro: Pico de

Aparência do Leito

☒ Necrose: Amarela/Verde ☐ Esfacela ☐ Granulação ☐ Estabilização  
☒ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:

Pele Perifoneal

☐ Normal ☒ Macerado ☐ Seca ☐ Friagem / Rulor  
☐ Outro:

Tipo de Exsudato

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

Quantidade de Exsudato

☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco

Solução de Limpeza

☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%

Cobertura primária

☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel  
☐ Outro:

Troca

☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

 Maria de Jesus A. M. Almeida  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COREN-RR nº 10.100

 Marivalles Brito  
 Enfermeiro  
 COREN-RR nº 10.100

 Maria de Jesus A. M. Almeida  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COREN-RR nº 10.100

 Marivalles Brito  
 Enfermeiro  
 COREN-RR nº 10.100

 Luciene Moreira  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COREN-RR nº 10.100

Observações:









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

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Nome Completo:                                                                                                                                                                                                                                      |                                       | Data:                                                                                  |                                                                                                                     | F. Hospitalar:                                                                         |                                      | Lote:                             |                                   |
| Nome Completo:                                                                                                                                                                                                                                      |                                       | DN                                                                                     |                                                                                                                     | /                                                                                      |                                      | Sexo:                             |                                   |
| Hipótese Diagnóstica:                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| Indicação ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se sabe <input type="checkbox"/> Cuidado <input type="checkbox"/> Cuidado - especial <input type="checkbox"/> Cuidado - pedagógico   |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| Alerta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se sabe                                                                                                                                              |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| Necessidade de Interação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se sabe                                                                                                                            |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| Estado comportamental: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se sabe                                                                                                                               |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| Comunicação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem comunicação <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Cadeia de ruínas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sem comunicação/comunicação |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| SISTEMA NEUROLÓGICO                                                                                                                                                                                                                                 |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     | SISTEMA CARDIOVASCULAR                                                                 |                                      |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Consciente                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Orientado    | <input type="checkbox"/> Reflexos                                                      | <input type="checkbox"/> Normotensão                                                                                | <input type="checkbox"/> Bradicardia                                                   | <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> 30       |                                   |
| <input type="checkbox"/> Desconsciente                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Comatoso                                                      | <input type="checkbox"/> Hipotensão                                                                                 | <input type="checkbox"/> Hipotensão                                                    | <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> 30       |                                   |
| <input type="checkbox"/> Agitado                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Depressão    | <input type="checkbox"/> Não reage                                                     | <input type="checkbox"/> Taquicardia                                                                                | <input type="checkbox"/> Arritmia                                                      | <input type="checkbox"/> Arritmia    | <input type="checkbox"/> 30       |                                   |
| PUPILAS                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     | ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL                                                 |                                      |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Corolúgulo                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Mióticas     | <input type="checkbox"/> Anisocóricas                                                  | <input type="checkbox"/> Não reage                                                                                  | <input type="checkbox"/> Não                                                           | <input type="checkbox"/> SNG/SOG     | <input type="checkbox"/> SNE/SOE  | <input type="checkbox"/> GTT      |
| <input type="checkbox"/> Isocóricas                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Anisocóricas | <input type="checkbox"/> Não reage                                                     | <input type="checkbox"/> Não reage                                                                                  | <input type="checkbox"/> Adaptação de dieta                                            | <input type="checkbox"/> Sim         | <input type="checkbox"/> Não      | <input type="checkbox"/> Parcial  |
| REGULAÇÃO TÉRMICA                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     | Eliminação                                                                             |                                      |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Afebril                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Hipotermia   | <input type="checkbox"/> Hipertermia                                                   | <input type="checkbox"/> Não                                                                                        | <input type="checkbox"/> Presente                                                      | <input type="checkbox"/> Absente     | <input type="checkbox"/> Não      | <input type="checkbox"/> Não      |
| <input type="checkbox"/> Febril                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Febre        | <input type="checkbox"/> Não                                                           | <input type="checkbox"/> Não                                                                                        | <input type="checkbox"/> Normal                                                        | <input type="checkbox"/> Glândula    | <input type="checkbox"/> Glândula | <input type="checkbox"/> Glândula |
| <input type="checkbox"/> Hipotermia                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Não          | <input type="checkbox"/> Não                                                           | <input type="checkbox"/> Não                                                                                        | <input type="checkbox"/> Não                                                           | <input type="checkbox"/> Absente     | <input type="checkbox"/> Absente  | <input type="checkbox"/> Absente  |
| CARACTERÍSTICAS DA PRF                                                                                                                                                                                                                              |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     | REGULAÇÃO ABDOMINAL                                                                    |                                      |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Desconhecida | <input type="checkbox"/> Associada                                                     | <input type="checkbox"/> Não                                                                                        | <input type="checkbox"/> Normotensão                                                   | <input type="checkbox"/> Distensão   | <input type="checkbox"/> Não      | <input type="checkbox"/> Não      |
| <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Hipotermia   | <input type="checkbox"/> Hipertermia                                                   | <input type="checkbox"/> Não                                                                                        | <input type="checkbox"/> Ascítica                                                      | <input type="checkbox"/> Mucosa      | <input type="checkbox"/> Não      | <input type="checkbox"/> Não      |
| <input type="checkbox"/> Anisocóricas                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Isocóricas   | <input type="checkbox"/> Cardíacas                                                     | <input type="checkbox"/> Não                                                                                        | <input type="checkbox"/> Mucosa - oncoses                                              | <input type="checkbox"/> Presente    | <input type="checkbox"/> Absente  | <input type="checkbox"/> Absente  |
| <input type="checkbox"/> Anisocóricas                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Isocóricas   | <input type="checkbox"/> Cardíacas                                                     | <input type="checkbox"/> Não                                                                                        | <input type="checkbox"/> Vascularização                                                | <input type="checkbox"/> Sim         | <input type="checkbox"/> Não      | <input type="checkbox"/> Não      |
| Alto na pressão                                                                                                                                                                                                                                     |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     | SISTEMA URINÁRIO / DIURÉTICO                                                           |                                      |                                   |                                   |
| Baixo                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Espontâneo                                                    | <input type="checkbox"/> Não         | <input type="checkbox"/> Não      | <input type="checkbox"/> Não      |
| Cadeia de ruínas                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Polêmica                                                      | <input type="checkbox"/> Não         | <input type="checkbox"/> Não      | <input type="checkbox"/> Não      |
| Cadeia de ruínas                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Distensão                                                     | <input type="checkbox"/> Não         | <input type="checkbox"/> Não      | <input type="checkbox"/> Não      |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     | SISTEMA RESPIRATÓRIO                                                                   |                                      |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Eupneia                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Bradipneia   | <input type="checkbox"/> Taquipneia                                                    | <input type="checkbox"/> Dispneia                                                                                   | <input type="checkbox"/> Não                                                           | <input type="checkbox"/> Não         | <input type="checkbox"/> Não      | <input type="checkbox"/> Não      |
| <input type="checkbox"/> Oligopneia                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Não          | <input type="checkbox"/> Não                                                           | <input type="checkbox"/> Não                                                                                        | <input type="checkbox"/> Não                                                           | <input type="checkbox"/> Não         | <input type="checkbox"/> Não      | <input type="checkbox"/> Não      |
| CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓR. (sem drenos)                                                                                                                                                                                                |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| Cateter Pericárdico                                                                                                                                                                                                                                 |                                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                              | Local:                                                                                                              | Data:                                                                                  |                                      | Trocar em:                        |                                   |
| Cateter Central                                                                                                                                                                                                                                     |                                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                              | Local:                                                                                                              | Data:                                                                                  |                                      | Trocar em:                        |                                   |
| Sonda de aspiração do estômago                                                                                                                                                                                                                      |                                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                              |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| Sonda:                                                                                                                                                                                                                                              |                                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG | <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não |                                      |                                   |                                   |
| Drenos:                                                                                                                                                                                                                                             |                                       | Aspecto da secreção:                                                                   |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| Cateter Vesical                                                                                                                                                                                                                                     |                                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não | Data da troca:                                                                                                      | Trocar em:                                                                             |                                      |                                   |                                   |
| Próstata:                                                                                                                                                                                                                                           |                                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                              | Tipo:                                                                                                               | Local:                                                                                 |                                      |                                   |                                   |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                                                                           |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Sepultura Prejudicada                                                                                                                                                                                                      |                                       | <input type="checkbox"/> Fecundo respiratório limitado                                 |                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão                                    |                                      |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Risco de infecção                                                                                                                                                                                                          |                                       | <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada                             |                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Risco de Quedas                                               |                                      |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Risco de infecção - regularizada                                                                                                                                                                                           |                                       | <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada                                 |                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração                                      |                                      |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Risco de infecção - instável                                                                                                                                                                                               |                                       | <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada                      |                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada                               |                                      |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio da volúme                                                                                                                                                                                           |                                       | <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal                |                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Risco de constipação                                          |                                      |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo                                                                                                                                                                                               |                                       | <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado                                    |                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Comunicação eficiente                                         |                                      |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos eficiente                                                                                                                                                                                               |                                       | <input type="checkbox"/> Déficit na autocuidado com higiene                            |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| Escala de Morse                                                                                                                                                                                                                                     |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| 1. História de Queda                                                                                                                                                                                                                                |                                       | 4. Terapia Endovenosa/dispositivo injetado                                             |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| Não                                                                                                                                                                                                                                                 |                                       | Não                                                                                    |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| Sim                                                                                                                                                                                                                                                 |                                       | Sim                                                                                    |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| 2. Diagnóstico secundário                                                                                                                                                                                                                           |                                       | 5. Medicação/Desemboço                                                                 |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| Não                                                                                                                                                                                                                                                 |                                       | Normal/Sem desmboço/Normal                                                             |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| Sim                                                                                                                                                                                                                                                 |                                       | Frustrado                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| 3. Auxílio na Desambulação                                                                                                                                                                                                                          |                                       | 6. Estado Mental                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| Não/Auxílio/Auxílio                                                                                                                                                                                                                                 |                                       | Orientado/Confuso/Conhece as limitações                                                |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| Muito/Auxílio/Auxílio                                                                                                                                                                                                                               |                                       | Somente a capacidade/Esquema limitado                                                  |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| Muito/Auxílio/Auxílio                                                                                                                                                                                                                               |                                       | Risco Médio - 25 - 44 (Risco Alto: maior que 44)                                       |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| TOTAL:                                                                                                                                                                                                                                              |                                       | Risco Baixo: 0 - 14                                                                    |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |
| Presença para prevenção de queda: 0 - 14                                                                                                                                                                                                            |                                       |                                                                                        |                                                                                                                     |                                                                                        |                                      |                                   |                                   |



ESTAB. DE SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

HGR

404  
4

|                                                                                                                                                                                                                       |                                                                 |         |  |      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------|--|------|--|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                      |                                                                 | DIH     |  | DN   |  |
| PACIENTE: JENILSON PINTO ARRUDA                                                                                                                                                                                       |                                                                 |         |  |      |  |
| DIAGNÓSTICO: FX RADIO DISTAL, ESTILOIDE ULNA E EXPOSTA PE                                                                                                                                                             |                                                                 |         |  |      |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                              |                                                                 | HAS     |  | DM2  |  |
| IDADE:                                                                                                                                                                                                                |                                                                 | LEITO   |  | DATA |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                  |                                                                 | HORÁRIO |  |      |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                     | DIETA ORAL ZERO                                                 | SND     |  |      |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                     | AVP                                                             | SND     |  |      |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                     | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/SH                                | SND     |  |      |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                     | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H                      | SND     |  |      |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                     | DIPYRIDA 1G EV OU 500MG VO DE 6/SH S/N                          | SND     |  |      |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                     | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                    | SND     |  |      |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                     | FLASG 10MG EV 8/8H S/N                                          | SND     |  |      |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                     | TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN | SND     |  |      |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                     | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                     | SND     |  |      |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                    | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 100 E OU PAS > 110 MMHG             | SND     |  |      |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                    | CURAT.VO DIÁRIO                                                 | SND     |  |      |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                    | SSVV + CCGG 6/SH                                                | SND     |  |      |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |  |      |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |  |      |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |  |      |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |         |  |      |  |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>≥ 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                 |         |  |      |  |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE,  
ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AI EMBIL,  
EUPNEÚICO, NORMOCORADO,  
HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

| PA | FC | FR |
|----|----|----|
| PA | FC | FR |
| PA | FC | FR |
| PA | FC | FR |

24 H PA 115/70 FC 72 FR 17

12 H PA 115/70 FC 72 FR 17

06 H PA 115/70 FC 72 FR 17

00 H PA 115/70 FC 72 FR 17

18 H PA 115/70 FC 72 FR 17

12 H PA 115/70 FC 72 FR 17

06 H PA 115/70 FC 72 FR 17

00 H PA 115/70 FC 72 FR 17

18 H PA 115/70 FC 72 FR 17

12 H PA 115/70 FC 72 FR 17

Dr. JENILSON PINTO ARRUDA  
CRM 15.566



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo n.º

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Saulson Pinto Almeida

Leito:

404-14

Data: 30-09-2019

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                                                                                                                                                             |                       |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Localização                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Região: <u>coxa D</u> |   | Região: <u>coxa E</u> |
| Etiologia                              | <input checked="" type="checkbox"/> IPR III IV 2º <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tensão <input type="checkbox"/> Fissão Externa <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: <u>ferida de queimadura</u>                                                                   |                       |                                                                                                                                                                             |                       |
| Aparência do T.cão                     | <input type="checkbox"/> Necrose Amarela/Verde <input type="checkbox"/> Esfaco <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno Sonda <input type="checkbox"/> Outros: _____<br><input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ |                       |                                                                                                                                                                             |                       |
| Pele Periferecional                    | <input type="checkbox"/> Perilento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____<br><input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                         |                       |                                                                                                                                                                             |                       |
| Quantidade de Exsudado                 | <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%<br><input type="checkbox"/> Creme <input type="checkbox"/> Colágeno e Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: <u>AGE</u>                                                                                                                            |                       |                                                                                                                                                                             |                       |
| Cobertura primária                     | <input checked="" type="checkbox"/> Curaz <input type="checkbox"/> Colágeno e Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: <u>AGE</u>                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                                                                                                                                                                             |                       |
| Truca                                  | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 4x48h<br><input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> 7/7 <input type="checkbox"/> 4x48h                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                                                                                                                                                             |                       |
| Profissional que realizou procedimento | <p>Regina dos Santos<br/>Coordenadora de Enfermagem</p> <p>Saulson Pinto Almeida<br/>Técnico de Enfermagem</p> <p>Adriana de Jesus<br/>Técnico de Enfermagem</p> <p>Luciana de Jesus<br/>Técnico de Enfermagem</p>                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                                                                                                                                                             |                       |
| Observações                            | <p>ferida de queimadura</p> <p>ferida de queimadura</p> <p>ferida de queimadura</p> <p>ferida de queimadura</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                                                                                                                                                             |                       |



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

HGR

404  
4

DATA DE ADMISSÃO: 21/09/2019 DN: 12/10/1991

PACIENTE: JENI SON PINTO IARRUBA

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO DITO DISTAL + FRATURA ESTILOIDE ULNA + FRATURA EXPOSTA DE PE

ALERGIAS: HAS DATA: 01/10/2019

IDADE: 27 LEITO: 404-4

ITEM: HORARIO

1. DIFERENCIAL LURE

2. ACP

3. CLOMIDRACINA 400MG EV 12/12H

4. CLOMIDRACINA 400MG EV 6/6H

5. DIFERENCIAL EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA

7. DIFERENCIAL EV 8/8H S/N

8. FLUMAZIN 100MG + SF0.9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II

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

10. CLOMIDRACINA 25 mg VO SE PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG

11. CLOMIDRACINA

12. SIBUTRAMINA

13. SIBUTRAMINA

14. SIBUTRAMINA

15. SIBUTRAMINA

16. SIBUTRAMINA

17. SIBUTRAMINA

18. SIBUTRAMINA

19. SIBUTRAMINA

20. SIBUTRAMINA

21. SIBUTRAMINA

22. SIBUTRAMINA

23. SIBUTRAMINA

24. SIBUTRAMINA

25. SIBUTRAMINA

26. SIBUTRAMINA

27. SIBUTRAMINA

28. SIBUTRAMINA

29. SIBUTRAMINA

30. SIBUTRAMINA

31. SIBUTRAMINA

32. SIBUTRAMINA

EVOLUÇÃO MÉDICA

HEMOTÓCITO

DETADE NO LEMO AVAL

REAQUO COMUNICADO

ALIMENTANDO

ALIMENTANDO

ALIMENTANDO

ALIMENTANDO

ALIMENTANDO

ALIMENTANDO

ALIMENTANDO

ALIMENTANDO

ALIMENTANDO

ALIMENTANDO

ALIMENTANDO

ALIMENTANDO

ALIMENTANDO

ALIMENTANDO

Dr. Odiney Oxemur  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 188.179

| DATA       | FC | FR | Temp |
|------------|----|----|------|
| 21/09/2019 | 76 | 18 | 35,9 |
| 22/09/2019 | 76 | 18 | 35,9 |
| 23/09/2019 | 76 | 18 | 35,9 |
| 24/09/2019 | 76 | 18 | 35,9 |
| 25/09/2019 | 76 | 18 | 35,9 |
| 26/09/2019 | 76 | 18 | 35,9 |
| 27/09/2019 | 76 | 18 | 35,9 |
| 28/09/2019 | 76 | 18 | 35,9 |
| 29/09/2019 | 76 | 18 | 35,9 |
| 30/09/2019 | 76 | 18 | 35,9 |





SUS

Sistema  
União de  
Saúde  
Ministério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

7 - CNEC

8 - CSES

9 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

10 - NOME DO PACIENTE

11 - DATA DE NASCIMENTO

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - D - SEXO

14 - TELEFONE RESIDENCIAL

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

16 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

17 - CID - DOENÇA PRINCIPAL

18 - UF

19 - CID

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

21 - ANAMNESE E EXAME FÍSICO

22 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO E EXAME FÍSICO (PRESENÇA DE SINAIS E SINTOMAS)

23 - PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO

24 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - DATA DE INÍCIO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - DATA DE TÉRMINO

29 - DATA DE INÍCIO

30 - DATA DE TÉRMINO

31 - DATA DE INÍCIO

32 - DATA DE TÉRMINO

33 - DATA DE INÍCIO

34 - DATA DE TÉRMINO

35 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE

36 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

37 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

38 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

39 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

40 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

41 - FEECHER EX. CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

43 - DATA DE INÍCIO

44 - DATA DE TÉRMINO

45 - NOME DO RESPONSÁVEL

46 - NOME DO RESPONSÁVEL

47 - NOME DO RESPONSÁVEL

48 - NOME DO RESPONSÁVEL

49 - NOME DO RESPONSÁVEL

50 - NOME DO RESPONSÁVEL

51 - NOME DO RESPONSÁVEL

52 - NOME DO RESPONSÁVEL

53 - NOME DO RESPONSÁVEL

54 - NOME DO RESPONSÁVEL

55 - NOME DO RESPONSÁVEL

56 - NOME DO RESPONSÁVEL

57 - NOME DO RESPONSÁVEL

58 - NOME DO RESPONSÁVEL

59 - NOME DO RESPONSÁVEL

60 - NOME DO RESPONSÁVEL

61 - NOME DO RESPONSÁVEL

62 - NOME DO RESPONSÁVEL

63 - NOME DO RESPONSÁVEL

64 - NOME DO RESPONSÁVEL

65 - NOME DO RESPONSÁVEL

66 - NOME DO RESPONSÁVEL

67 - NOME DO RESPONSÁVEL

68 - NOME DO RESPONSÁVEL

69 - NOME DO RESPONSÁVEL

70 - NOME DO RESPONSÁVEL

71 - NOME DO RESPONSÁVEL

72 - NOME DO RESPONSÁVEL

73 - NOME DO RESPONSÁVEL

74 - NOME DO RESPONSÁVEL

75 - NOME DO RESPONSÁVEL

76 - NOME DO RESPONSÁVEL

77 - NOME DO RESPONSÁVEL

78 - NOME DO RESPONSÁVEL

79 - NOME DO RESPONSÁVEL

80 - NOME DO RESPONSÁVEL

81 - NOME DO RESPONSÁVEL

82 - NOME DO RESPONSÁVEL

83 - NOME DO RESPONSÁVEL

84 - NOME DO RESPONSÁVEL

85 - NOME DO RESPONSÁVEL

Dr. Anderson P. Silva  
Médico  
Oncologia e Hematologia  
CRM-PR-1733 RQE 8780408020407  
5525

210

V795



BOLETIM OPERATÓRIO

Data 02/10/55

Fentress Ltda  
América

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

TIPO DE INTERVENÇÃO

EFECÇÕES E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

CIRURGIÃO

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

ANESTESISTA

RISCO

FIM

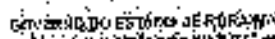
DURAÇÃO

## RELATÓRIO CIRURGIA

1. 2. + 2.500 solo 3. 1.200
2. amputação + at. 6. 1.200
3. amputação estom.
4. redução incanta sob
5. radioscopia
6. parafra 2. fim 1.32
7. amputação + 1.200
8. 1.200

9. Não despinas de material  
e de guias (Placa e parafra)

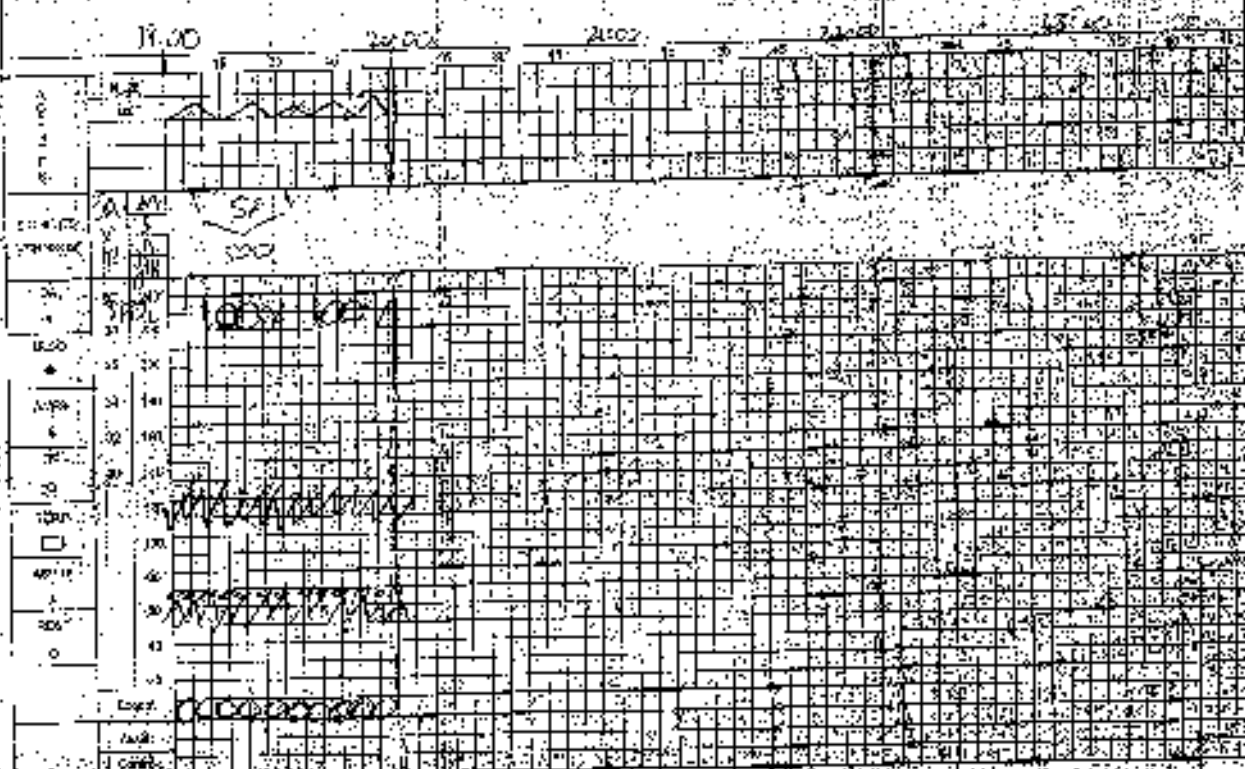
Dr. [Signature]  
[Signature]  
[Signature]



## 02415

1507 Sam. R. L. Church, 27a

PRO-61673C-DAY 935-0270-NCRA/EF=TA

[illegible]

Endre Marques P. Filho  
Médico  
CRM 690-DR





FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                                                                                 |                              |                            |                  |                                 |       |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------|---------------------------------|-------|
| NOME DO PACIENTE                                                                |                              | APT OU LEITO               | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA                            |       |
| Goulart, Paulo Alexandre                                                        |                              | 404-4                      | 1901104392       | 02 / 10 / 199                   |       |
| TIPO                                                                            |                              | TEMPO DE DURAÇÃO           |                  |                                 |       |
| Osteotomia Fratura Radio distal esquerda                                        |                              | INICIO                     | FIM              | TEMPO TOTAL                     |       |
|                                                                                 |                              | 19:37                      | 19:52            |                                 |       |
| EQUIPE MÉDICA                                                                   |                              |                            |                  |                                 |       |
| CIRURGIÃO                                                                       |                              | ANESTESISTA:               |                  |                                 |       |
| Dr. Rogério                                                                     |                              | Dr. Guedes                 |                  |                                 |       |
| 1ª AUXILIAR                                                                     |                              | RES. ANESTESIA:            |                  |                                 |       |
| Dr. Anderson                                                                    |                              | Res. Guedes                |                  |                                 |       |
| 2ª AUXILIAR                                                                     |                              | INSTRUMENTADOR:            |                  |                                 |       |
|                                                                                 |                              | CIRCULANTE                 |                  |                                 |       |
|                                                                                 |                              | Helma / Nogueira           |                  |                                 |       |
| TIPO DE ANESTESIA: BP B (39-09)                                                 |                              | TEMPO DE DURAÇÃO:          |                  |                                 |       |
| ANT.                                                                            | MATERIAIS                    | VALOR                      | QUANT.           | MEDICAMENTOS                    | VALOR |
| 7                                                                               | PCT'S COMPRIMIDAS C/03 UNID. |                            | 1                | FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO 500 ml |       |
| 10                                                                              | PACOTES GAZE                 |                            | 1                | Baço Negro                      |       |
| 4                                                                               | LUVA ESTÉRIL 7.0             |                            |                  | FRASCOS-SORO RINGER LACTADO     |       |
| 5                                                                               | LUVA ESTÉRIL 7.5             |                            |                  | FRASCOS-SORO Glicosado          |       |
|                                                                                 | LUVA ESTÉRIL 8.0             |                            |                  | FIO VICRYL Nº                   |       |
|                                                                                 | LUVA ESTÉRIL 8.5             |                            |                  | FIO MONONYLON Nº                |       |
| 10                                                                              | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS       |                            |                  | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº       |       |
| 1                                                                               | LÂMINA DISTUR Nº 24          |                            |                  | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº       |       |
|                                                                                 | DRENO DE SUÇÃO Nº            |                            |                  | FIO CATGUT SIMPLES Nº           |       |
|                                                                                 | DRENO DE TORAX Nº            |                            |                  | FIO CATGUT CROMADO Nº           |       |
|                                                                                 | DRENO DE PENROSE Nº          |                            |                  | FIO PROLENE Nº                  |       |
|                                                                                 | SERINGA 01ML                 |                            |                  | FIO SEDA Nº                     |       |
|                                                                                 | SERINGA 03ML                 |                            |                  | SURGICHL                        |       |
| 2                                                                               | SERINGA 05 ML                |                            |                  | CERA P/ OSSE                    |       |
| 3                                                                               | SERINGA 10ML                 |                            |                  | KIT GATARATA Nº                 |       |
| 4                                                                               | SERINGA 20ML                 |                            |                  | GEOFOAM cateter de              |       |
|                                                                                 |                              |                            |                  | FITA CARDIACA Equipamento       |       |
|                                                                                 |                              |                            |                  | OUTROS: 8.12.12.12              |       |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                              | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE |                  |                                 | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A)                                                              |                              | MATERIAL MEDICAMENTOS      |                  |                                 |       |
| Enfermeira Cristine                                                             |                              | SUB-TOTAL                  |                  |                                 |       |
| FUNÇÃO: CÁLCULOS                                                                |                              | TAXA DE SALA               |                  |                                 |       |
| CIRCULANTE DE SALA                                                              |                              | TAXA DE ANESTESIA          |                  |                                 |       |
|                                                                                 |                              | SOMA                       |                  |                                 |       |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE                                           |                              |                            |                  |                                 |       |



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## APPENDIX

ALLSIEBEL, D.F. *Chickadees*

**THE UNIVERSITY OF CHICAGO**

CONFIRMAÇÃO DOS TÍTULOS DE MEMBROS DA  
COMISSÃO SUPLENTE PARA O PLENO NÚMERO 9  
FUNDADO: (X) Sim ( ) Não

CHURCHÃO, ANESTESIOLOGIA E ENFERMEIRO  
CONJUNTARAM VOTOS ALIMENTE,

Walden University  
1000 14th Avenue South  
Boulder, CO 80502  
303.440.1234

# FRANCIS CRITICOPRESENTS

( ) RESERVA DO CARDIOLOGO:

... ( ) DENÚNCIA DA EQUIPE DE ABSTINÊNCIA: ...

**COMISSÃO DA EQUIPE DO INTERMEDIÁRIO**  
O INTERMEDIÁRIO, com o intuito de proporcionar aos seus clientes a melhor experiência possível, criou a Comissão da Equipe do Intermediário, composta por profissionais experientes e qualificados, que atuarão em conjunto para garantir a qualidade dos serviços oferecidos.

contar com vários tipos de testes e resultados (por exemplo, "Há muitos exemplos" ou "há poucos exemplos") e equívocos e erros de interpretação.

1990-1991, 1992-1993, 1994-1995  
 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001  
 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007  
 2008-2009, 2010-2011, 2012-2013  
 2014-2015, 2016-2017, 2018-2019  
 2020-2021, 2022-2023, 2024-2025  
 2026-2027, 2028-2029, 2030-2031  
 2032-2033, 2034-2035, 2036-2037  
 2038-2039, 2040-2041, 2042-2043  
 2044-2045, 2046-2047, 2048-2049  
 2050-2051, 2052-2053, 2054-2055  
 2056-2057, 2058-2059, 2060-2061  
 2062-2063, 2064-2065, 2066-2067  
 2068-2069, 2070-2071, 2072-2073  
 2074-2075, 2076-2077, 2078-2079  
 2080-2081, 2082-2083, 2084-2085  
 2086-2087, 2088-2089, 2090-2091  
 2092-2093, 2094-2095, 2096-2097  
 2098-2099, 2100-2101, 2102-2103  
 2104-2105, 2106-2107, 2108-2109  
 2110-2111, 2112-2113, 2114-2115  
 2116-2117, 2118-2119, 2120-2121  
 2122-2123, 2124-2125, 2126-2127  
 2128-2129, 2130-2131, 2132-2133  
 2134-2135, 2136-2137, 2138-2139  
 2140-2141, 2142-2143, 2144-2145  
 2146-2147, 2148-2149, 2150-2151  
 2152-2153, 2154-2155, 2156-2157  
 2158-2159, 2160-2161, 2162-2163  
 2164-2165, 2166-2167, 2168-2169  
 2170-2171, 2172-2173, 2174-2175  
 2176-2177, 2178-2179, 2180-2181  
 2182-2183, 2184-2185, 2186-2187  
 2188-2189, 2190-2191, 2192-2193  
 2194-2195, 2196-2197, 2198-2199  
 2200-2201, 2202-2203, 2204-2205  
 2206-2207, 2208-2209, 2210-2211  
 2212-2213, 2214-2215, 2216-2217  
 2218-2219, 2220-2221, 2222-2223  
 2224-2225, 2226-2227, 2228-2229  
 2230-2231, 2232-2233, 2234-2235  
 2236-2237, 2238-2239, 2240-2241  
 2242-2243, 2244-2245, 2246-2247  
 2248-2249, 2250-2251, 2252-2253  
 2254-2255, 2256-2257, 2258-2259  
 2260-2261, 2262-2263, 2264-2265  
 2266-2267, 2268-2269, 2270-2271  
 2272-2273, 2274-2275, 2276-2277  
 2278-2279, 2280-2281, 2282-2283  
 2284-2285, 2286-2287, 2288-2289  
 2290-2291, 2292-2293, 2294-2295  
 2296-2297, 2298-2299, 2300-2301  
 2302-2303, 2304-2305, 2306-2307  
 2308-2309, 2310-2311, 2312-2313  
 2314-2315, 2316-2317, 2318-2319  
 2320-2321, 2322-2323, 2324-2325  
 2326-2327, 2328-2329, 2330-2331  
 2332-2333, 2334-2335, 2336-2337  
 2338-2339, 2340-2341, 2342-2343  
 2344-2345, 2346-2347, 2348-2349  
 2350-2351, 2352-2353, 2354-2355  
 2356-2357, 2358-2359, 2360-2361  
 2362-2363, 2364-2365, 2366-2367  
 2368-2369, 2370-2371, 2372-2373  
 2374-2375, 2376-2377, 2378-2379  
 2380-2381, 2382-2383, 2384-2385  
 2386-2387, 2388-2389, 2390-2391  
 2392-2393, 2394-2395, 2396-2397  
 2398-2399, 2400-2401, 2402-2403  
 2404-2405, 2406-2407, 2408-2409  
 2410-2411, 2412-2413, 2414-2415  
 2416-2417, 2418-2419, 2420-2421  
 2422-2423, 2424-2425, 2426-2427  
 2428-2429, 2430-2431, 2432-2433  
 2434-2435, 2436-2437, 2438-2439  
 2440-2441, 2442-2443, 2444-2445  
 2446-2447, 2448-2449, 2450-2451  
 2452-2453, 2454-2455, 2456-2457  
 2458-2459, 2460-2461, 2462-2463  
 2464-2465, 2466-2467, 2468-2469  
 2470-2471, 2472-2473, 2474-2475  
 2476-2477, 2478-2479, 2480-2481  
 2482-2483, 2484-2485, 2486-2487  
 2488-2489, 2490-2491, 2492-2493  
 2494-2495, 2496-2497, 2498-2499  
 2500-2501, 2502-2503, 2504-2505  
 2506-2507, 2508-2509, 2510-2511  
 2512-2513, 2514-2515, 2516-2517  
 2518-2519, 2520-2521, 2522-2523  
 2524-2525, 2526-2527, 2528-2529  
 2530-2531, 2532-2533, 2534-2535  
 2536-2537, 2538-2539, 2540-2541  
 2542-2543, 2544-2545, 2546-2547  
 2548-2549, 2550-2551, 2552-2553  
 2554-2555, 2556-2557, 2558-2559  
 2560-2561, 2562-2563, 2564-2565  
 2566-2567, 2568-2569, 2570-2571  
 2572-2573, 2574-2575, 2576-2577  
 2578-2579, 2580-2581, 2582-2583  
 2584-2585, 2586-2587, 2588-2589  
 2590-2591, 2592-2593, 2594-2595  
 2596-2597, 2598-2599, 2600-2601  
 2602-2603, 2604-2605, 2606-2607  
 2608-2609, 2610-2611, 2612-2613  
 2614-2615, 2616-2617, 2618-2619  
 2620-2621, 2622-2623, 2624-2625  
 2626-2627, 2628-2629, 2630-2631  
 2632-2633, 2634-2635, 2636-2637  
 2638-2639, 2640-2641, 2642-2643  
 2644-2645, 2646-2647, 2648-2649  
 2650-2651, 2652-2653, 2654-2655  
 2656-2657, 2658-2659, 2660-2661  
 2662-2663, 2664-2665, 2666-2667  
 2668-2669, 2670-2671, 2

TELEPHONE

ASIA/PACIFIC REGIONAL ACTION PLAN 1993

ANEXOS DE O PACIENTE SOB O PUNTO DE  
VISTA DE  
OPERAÇÕES

**THE**

... ..

...E FINALMENTE COM A FOUR?...

1. NUMBER OF PROJECTS/MENTORS  
REGISTRATION

2. SE LIG CONTAGENS DE INSTRUÇÃO

ESTÃO CORREIAS .....  
CARBOLITOS, COMPRESSORES E .....  
Sina: ( ) Não ( ) Não se Aplicam

3. COMISSÃO DE ESTEIA PARA ANTONIA PATOLOGICA PARA IDENTIFICAR PATOLOGIA DO ZAFENTEN

( ) No  
(x) Yes

( ) SIM (X) NIB

**O CIRQUELO DO ANTISTOICISMO NA**

PREÇO: OPACOS DE 0,20 LITROS E 0,40 LITROS  
RECURSAÇÃO E O MANEJO DISTE PACIENTE  
C/ Sim. ( ) Não ( ) Não se Aplica

*Andropogon furcatus*

Associação de Carimbó



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

# PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

NO CONSULTÓRIO

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

BATERIA: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO:

HORÁRIO:

NE LACRIMO DE EMERGENCIA

OBSERVAÇÕES

01

02

03

04

05

06

07

08

09

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

Dr. Jefferson  
Médico

CRM-RS 11321 RDE 008

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**Serviço de Ortopedia e Traumatologia**

**HGR**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Unidade Hospitalar de Roraima

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: 21/09/2019 DN: 12/10/1991

CIENTE: JENILSON PINTO ARRUDA

NÓSTICO: FRATURA RADIO DISTAL + FRATURA ESTILOIDE ULNA + FRATURA EXPOSTA DE PE

RGIA: \_\_\_\_\_ HAS: \_\_\_\_\_ DM2: \_\_\_\_\_

IDADE: 27 LEITO: 404-4 DATA: 02/10/2019

ITEM: \_\_\_\_\_ HORÁRIO: \_\_\_\_\_

1: DIETA ORAL VRE *sem restrição*

2: AVP

3: CIPROFLOXACINA 400MG IV 12/12H

4: CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H

5: DIPIRONA 1G EV QU 500MG VO DE 6/8H S/N

6: OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA

7: PIASIL 10MG EV 8/8H S/N

8: TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II

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

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

11: CURATIVO DIÁRIO

12: SSVV - CCGG 6/6H

13: \_\_\_\_\_

14: \_\_\_\_\_

15: \_\_\_\_\_

16: \_\_\_\_\_

**SE DIABÉTICO** CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),  
 CONFORME ESQUEMA: 200-260: 2UI; 261-300: 4UI; 301-360: 6UI;  
 361-420: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE  
 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

CONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM  
 RAÇÕES

AME - SICO: SEG, LOFE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,  
 ATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
 CONDUÇÃO: MANUTIDA

| HIDRATADO     |        |    |    |      |
|---------------|--------|----|----|------|
| SINAIS VITAIS |        |    |    |      |
| PREVISÃO      | PA     | FC | FR |      |
| 6H            | 102/60 | 72 | 18 | 36.1 |
| 12H           | 102/60 | 72 | 18 | 36.1 |
| 18H           | 102/60 | 72 | 18 | 36.1 |
| 24H           | 102/60 | 72 | 18 | 36.1 |

06 102x65 72 18 36.1

*Assinar*  
*Assinar*  
*Assinar*

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Versão: 08

Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Tratamento de Feridas

Paciente:

HCR

Jamilson Rinto Almeida

Leito: 404-4

Data: 02-10-2018

| Localização                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Região: M S.D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Região:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Litologia -<br><input type="checkbox"/> EP I <input type="checkbox"/> EP II <input type="checkbox"/> EP III <input type="checkbox"/> EP IV <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> EP I <input type="checkbox"/> EP II <input type="checkbox"/> EP III <input type="checkbox"/> EP IV <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> EP I <input type="checkbox"/> EP II <input type="checkbox"/> EP III <input type="checkbox"/> EP IV <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: |
| Aparência do Leito<br><input type="checkbox"/> Necrose Amarel/Negra <input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Necrose Amarel/Negra <input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Necrose Amarel/Negra <input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                          |
| Pele Periférica<br><input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Fritura / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Fritura / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Fritura / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Tipo de Exsudato<br><input type="checkbox"/> Puntiforme <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Sero sanguineo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Puntiforme <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Sero sanguineo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Puntiforme <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Sero sanguineo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro                                                                                                                                                                                                                                |
| Quantidade de Exsudato<br><input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Solução de Limpeza<br><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Cobertura primária<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Troca<br><input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Profissional que realizou procedimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (Assinatura)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (Assinatura)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Observações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (Assinatura)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (Assinatura)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |



## HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |            |       |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------|-------|-----------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                            | DIH                                                                   | 21/09/2019 | DN    | 12/10/1991      |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                    | JENILSON PINTO ARRUDA                                                 |            |       |                 |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                 | FRATURA RADIO DISTAL + FRATURA ESTILOIDE ULNA + FRATURA EXPOSTA DE PE |            |       |                 |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                    | HAS                                                                   | DM2        |       |                 |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                       | 27                                                                    | LEITO      | 404-4 | DATA 03/10/2019 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |            |       | HORÁRIO         |
| 1                                                                                                                                                                                                                           | DIETÁ ORAL LIVRE                                                      |            |       |                 |
| 2                                                                                                                                                                                                                           | AVR                                                                   |            |       |                 |
| 3                                                                                                                                                                                                                           | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H                                        |            |       |                 |
| 4                                                                                                                                                                                                                           | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H                                            |            |       |                 |
| 5                                                                                                                                                                                                                           | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N                                 |            |       |                 |
| 6                                                                                                                                                                                                                           | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                          |            |       |                 |
| 7                                                                                                                                                                                                                           | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                               |            |       |                 |
| 8                                                                                                                                                                                                                           | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR          |            |       |                 |
| 9                                                                                                                                                                                                                           | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                           |            |       |                 |
| 10                                                                                                                                                                                                                          | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                   |            |       |                 |
| 11                                                                                                                                                                                                                          | CURATIVO DIÁRIO                                                       |            |       |                 |
| 12                                                                                                                                                                                                                          | SSVV + CCGG 6/6H                                                      |            |       |                 |
| 13                                                                                                                                                                                                                          | <i>Nota: paciente evolui bem no pós-operatório, sem alterações.</i>   |            |       |                 |
| 14                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |            |       |                 |
| 15                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |            |       |                 |
| 16                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |            |       |                 |
| <b>SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC):</b><br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                       |            |       |                 |

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

# REVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUITA: MANTIDA

|                      |    |    |    |     |
|----------------------|----|----|----|-----|
| DIABETADO            |    |    |    |     |
| SINAIS VITAIS        |    |    |    |     |
| REVISÃO DE ALTA: SEM | PA | FC | FR | Tem |
| PREVISÃO             |    |    |    |     |
| 12 H                 |    |    |    |     |
| 18 H                 |    |    |    |     |
| 24 H                 |    |    |    |     |

Dr. Augusto Colacurcio  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 100.000.000



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE André Pinheiro Lima 27 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/09/19 COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura de rádio distal

NO DIA 21/09/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
fratura de rádio distal SENDO

OPERADO PELO DR. Raposo E DR. Thomson

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31/10/19 AS 14h00 EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATORIO DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 14/10/19 AS 13h00 COM O  
DR. Raposo

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

BOA VISTA

31/10/19

MÉDICO



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Senlaon Pinho Amador 27 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/10/19 COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura do osso da mão E

NO DIA 21/10/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
fratura do osso da mão E SENDO

OPERADO PELO DR. Rogério E DR. T. L. Amorim

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31/10/19 ÀS 14 horas EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOYA NO DIA 14/10/19 ÀS 13 horas COM O  
DR. Rogério

ORIENTAÇÕES GERAIS:

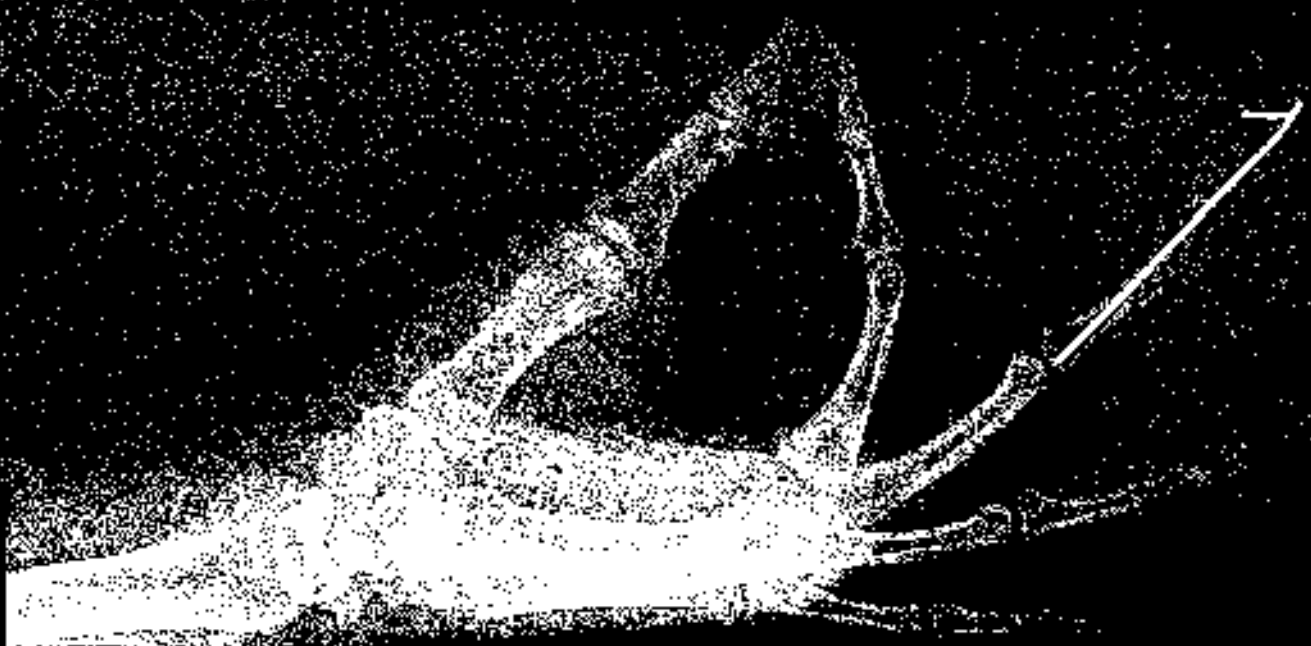
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR EX COM 31 (UM) DIA DE  
ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

EM VISTA, 31/10/19

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RS 1204

MÉDICO



105



JEFFERSON, JIMTO 49RUDA  
HOSPITAL CORONEL MO-2

22/2  
23/10/2019

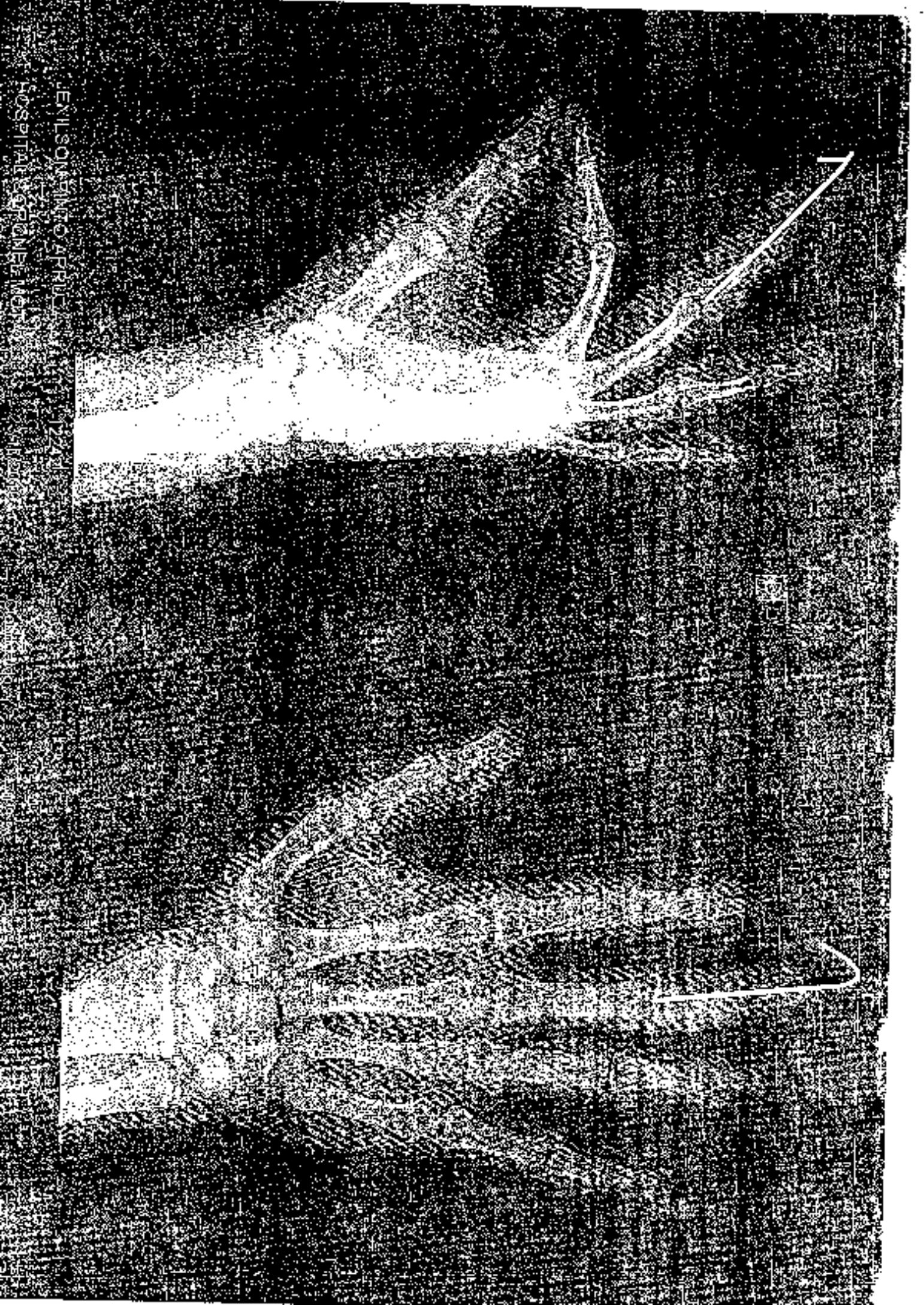
3.0403160

70.6%

JOHN EDWIN FINCH  
HOSPITAL CO-ORDINATOR

2341  
C. C. C. C.





JENILSON RINHO APRIU

HOSPITAL DO CORACAO

JENILSON PINHO ARAUJO  
HOSPITAL GONCALVES

12/03/2011

12/03/2011

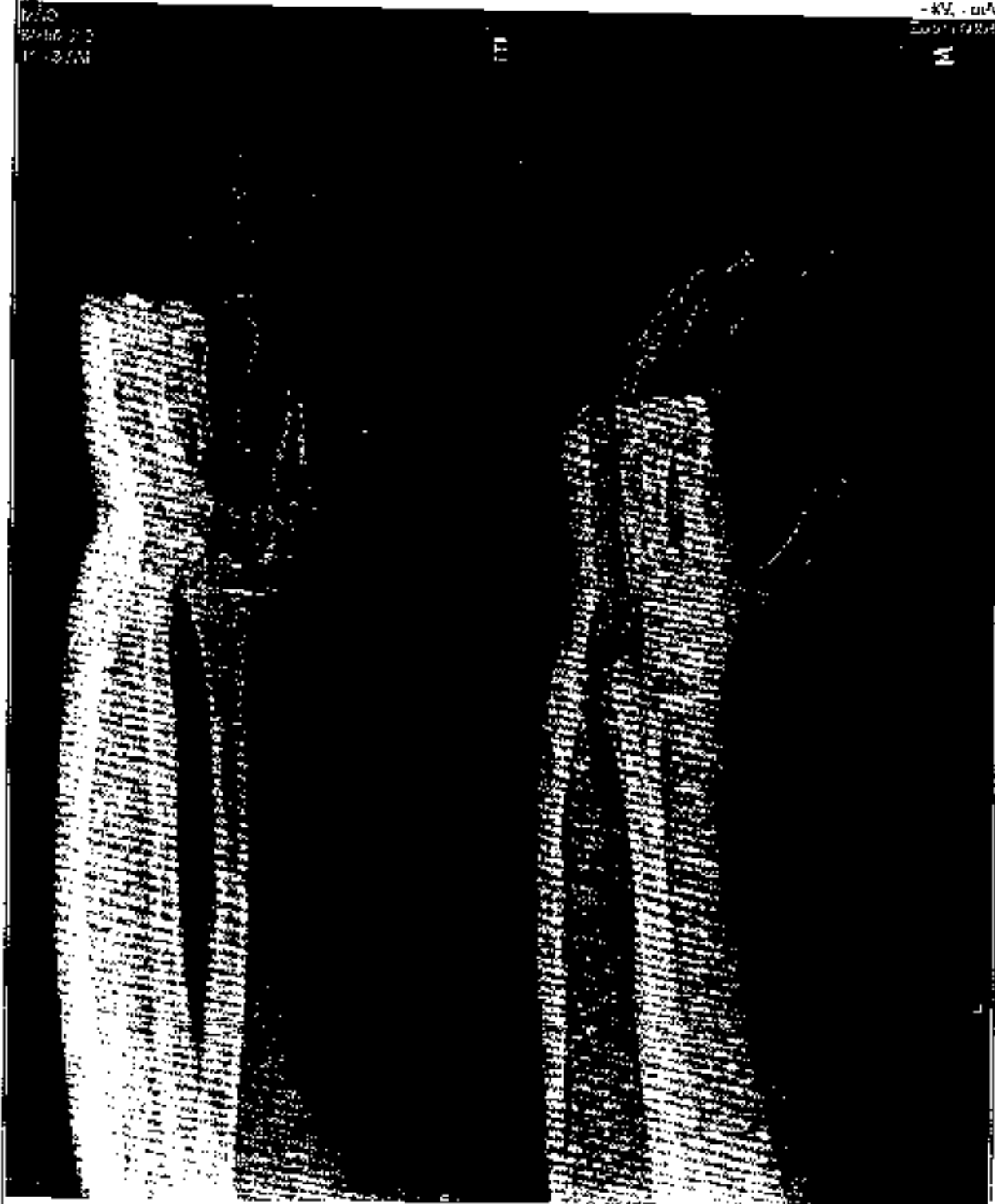
**Not intended for official interpretation.**

JENILSON PINTO ARRUDA  
BL D MACA 33833

HF 37 GERA 72 RORANDA  
Operador N/PA3000usuaris  
-4V, 10/10/10

17/10  
Banco 20  
17/10/10

20/10/10



SID 100

L 428  
W 205

**Not intended for official interpretation.**

JERILSON PINHO APARECIDA  
BL D MACA 03335

HOSP. GERAL DE RORAIMA  
Operador: ICIPAK/Quemaria  
LV - mme  
2011-10-25



2011-10-25

L-178  
W-230

**Not intended for official interpretation.**

JF121501 PINTO APOLDA

BJD 401-00

ANTE-6714131

0.25 0.01

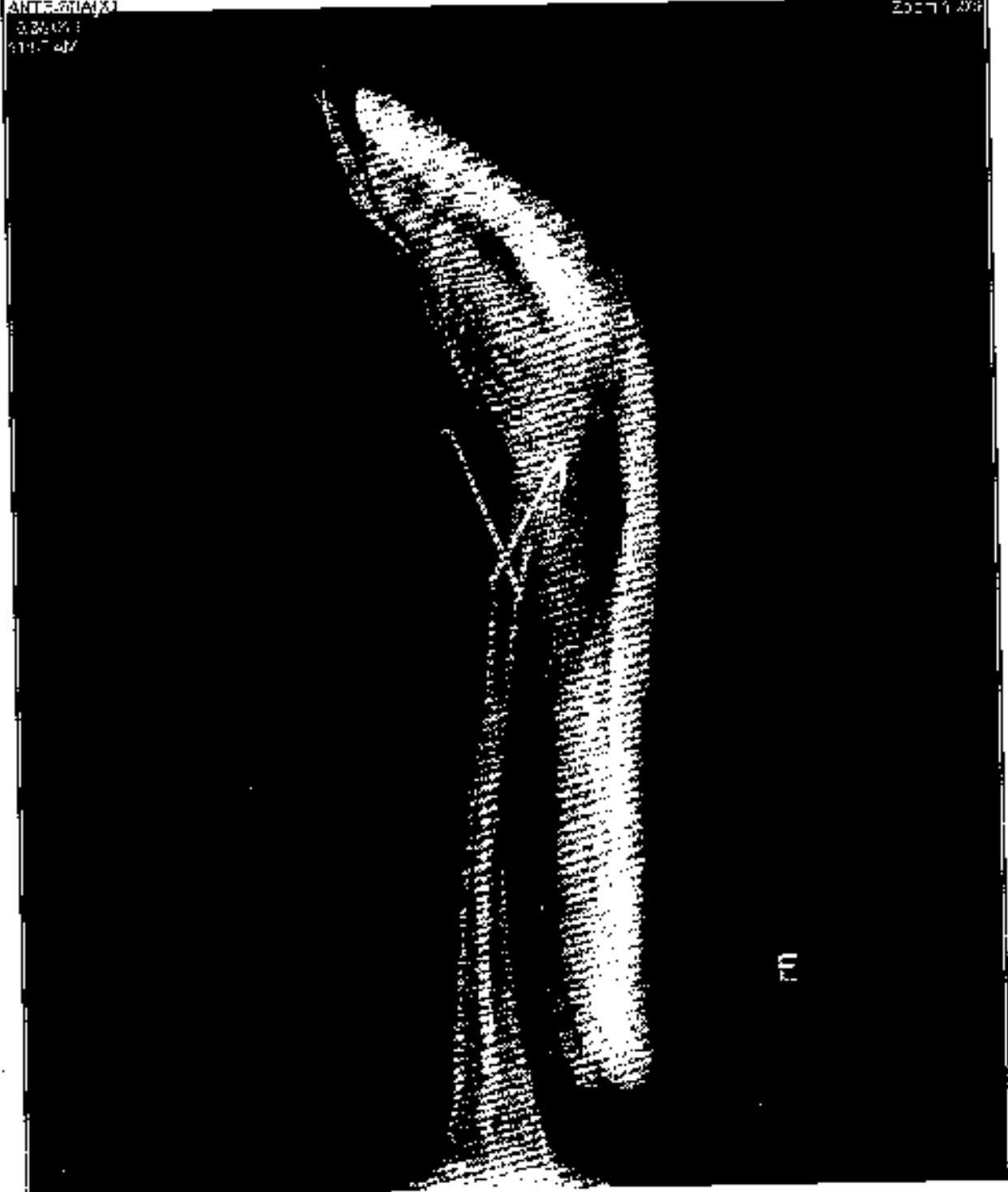
011-7 4M

HOSP. GERAL DE PERNAMB

Operatório MORNO/0000000000

- RM, RM/03

200711000



510 mm

1-128

57 251

**Not intended for official interpretation.**

JENKSON PINTO ABRONDA

SLN 434-04

ANIL PRADO

1835/04

1754/04

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operador NORALDO Xavier

- 10% mais

2004-11-04



310 mm

L 17%

W 22%

**Not intended for official interpretation.**

JERILSON PINTO ARRUDA

BLD 354-94

ANIL-PRADO

0120-1

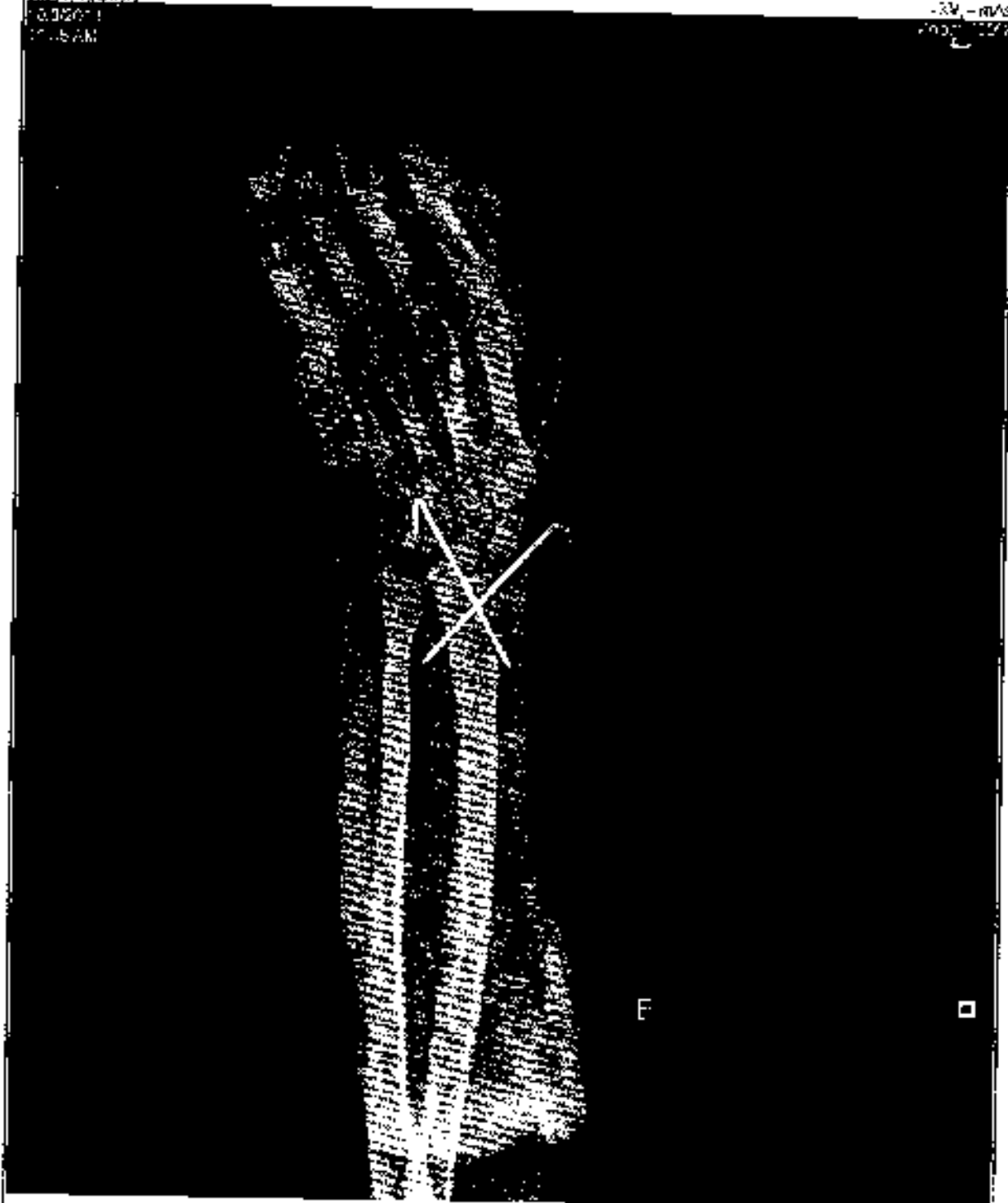
10:58 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operador: HX7AKG/015auric

-RV - RMS

7/03/2017



3h) cmj

L 128

VV 258

# 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](http://WWW.MTE.GOV.BR)



## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PREPASEP

162.63344.27-0

NÚMERO

1896905

CLASS

0050

ESP

RR

JENILSON PINTO ARRUDA

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



JENILSON PINTO ARRUDA

FILIAÇÃO: ANTONIO MOACIR DA CUNHA ARRUDA

NASCIMENTO: 12/10/1991

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: SANTARÉM - PA

DOCUMENTO: R.G. 3379898 SESP RR 1604/2015

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 703.289.332-52

TÍT. ELEITOR: CNH: SEÇÃO: ZONA:

LOCALIDADE DE EMISSÃO: SRTE/RR - 07/03/2016

ASSINATURA DO TITULAR

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

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



**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
703.289.332-52

Nome  
JENILSON PINTO ARRUDA

Nascimento  
12/10/1991

CÓDIGO DE CONTROLE  
8D3F.D4BD.7F9C.B376



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 16:05:23 do dia 10/02/2017 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



*[Signature]*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 464571-5

DATA DE  
EXPIRAÇÃO

27/06/2016

NOME  
YARA DIVA GUIMARÃES COSTA

FILIAÇÃO  
DERSON FELIX COSTA

IVETE GUIMARÃES COSTA

NATURALIDADE  
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO  
10/12/1962

COD. ORDEM  
CERTO CAS AVERB DIVORCIO 2359 FLS 52 LIV 8-8  
1 OF BOA VISTA - RR

CPF  
762.732.616-87

1 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Especialista de Polícia Civil  
Diretor de RGC

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAR 2016

SEGUROSELA S/A  
Rua Dutra, 424 - Boa Vista - RR

DETRAN - RR Nº 014246946687  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

RR Nº 014246946687 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VIA 01 COD. RENAVAM 00395469767 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

2019

NOME VANDERLENE DO NASCIMENTO JESUS  
RR

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

CPF / CNPJ 008.596.582-01 PLACA NAT7489

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2KD0550CR534680

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 11/10/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 008.596.582-01 PLACA NAT7489

RENAVAM 00395469767 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2011 CAT. TARIF. 9C2KD0550CR534680

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FNS (R\$) R\$36.05 DENATRAN (R\$) R\$4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.32 TOTAL A SER PAGADO (R\$) R\$44.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/10/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.608/0001-04

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS 1ª \*\*\*\*\*

FAIXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) R\$0.32 R\$4.58 DATA DE PAGAMENTO 10/10/2019

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO PROIB. SAIR DA A MAZ OCID L00166123

Assinatura: Igo Gomes Brasil

Assinatura: Diretor Presidente Interino DATA 11/10/2019

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

DETRAN - RR Nº 014246946687  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

RR Nº 014246946687 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VIA 01 COD. RENAVAM 00395469767 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

2019

NOME VANDERLENE DO NASCIMENTO JESUS  
RR

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

CPF / CNPJ 008.596.582-01 PLACA NAT7489

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2KD0550CR534680

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 11/10/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 008.596.582-01 PLACA NAT7489

RENAVAM 00395469767 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2011 CAT. TARIF. 9C2KD0550CR534680

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$36.05 DENATRAN (R\$) R\$4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.32 TOTAL A SER PAGADO (R\$) R\$44.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/10/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1ª \*\*\*\*\*

FAIXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0.32 IOF (R\$) R\$0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$4.58 DATA DE PAGAMENTO 10/10/2019

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO PROIB. SAIR DA A MAZ OCID L00166123

Assinatura: Igo Gomes Brasil

Assinatura: Diretor Presidente Interino DATA 11/10/2019

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472615/19

Vítima: JENILSON PINTO ARRUDA

CPF: 703.289.332-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/09/2019

Titular do CPF: JENILSON PINTO ARRUDA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87**

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

**JENILSON PINTO ARRUDA : 703.289.332-52**

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](http://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: 30/12/2019  
Nome: YARA DIVA GUIMARAES COSTA  
CPF: 762.732.616-87

YARA DIVA GUIMARAES COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190724386 **Cidade:** Uiramutã **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JENILSON PINTO ARRUDA **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO.  
FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER). PGS 2,45  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 3º QUIRODÁCTILO  
DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                                                        | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos<br>punhos                                      | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Dedos mão-Perda funcional completa de<br>qualquer um dentre os outros dedos da<br>mão | 10 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 5%        | R\$ 675,00               |
| Total                                                                                 |                                                 |                                                               | 17,5 %    | R\$ 2.362,50             |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190724386 **Cidade:** Uiramutã **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JENILSON PINTO ARRUDA **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO.  
FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER). PGS 2,45  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 3º QUIRODÁCTILO  
DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                                                        | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos<br>punhos                                      | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Dedos mão-Perda funcional completa de<br>qualquer um dentre os outros dedos da<br>mão | 10 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 5%        | R\$ 675,00               |
| Total                                                                                 |                                                 |                                                               | 17,5 %    | R\$ 2.362,50             |

---

**Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190724386**

**Vítima: JENILSON PINTO ARRUDA**

**Data do Acidente: 20/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JENILSON PINTO ARRUDA**

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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724386

Vítima: JENILSON PINTO ARRUDA

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JENILSON PINTO ARRUDA

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\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
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

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer  
um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: JENILSON PINTO ARRUDA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 000007527-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 703.289.332-52 4 - Nome completo da vítima: Jenilson Pinto Arruda

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

5 - Nome completo: Jenilson Pinto Arruda 6 - CPF: 703.289.332-52  
7 - Profissão: servente 8 - Endereço: Rua Rio Amazonas 9 - Número: 993 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Boa Vista 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316-124  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 095-99119-0193

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, 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 (PAÍS, 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: 3905 ☐ CONTA: 00007527 ☒  
(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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vivasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 27 de dezembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) JENILSON PINTO ARRUDA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040818/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/12/2019 09:49

Data/Hora Fim: 27/12/2019 09:55

Delegado de Polícia: Fernando Bruno de Souza

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 20/09/2019 17:30

Local do Fato

Município: Uiramutã (RR)

Logradouro: vicinal da água fria

Bairro: zona rural

Tipo do Local: Área Rural

Natureza

1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JENILSON PINTO ARRUDA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Santarém

Sexo: Masculino

Nasc: 12/10/1991

Profissão: Eletricista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria da Conceição Pinto Duarte

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 703.289.332-52

RG - Carteira de Identidade: 3379698

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R: Rio Amazonas

Bairro: Bela vista

Nº: 943

Telefone: (95) 9164-7828 (Celular) (95) 99118-4723 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A pessoa acima qualificada vem comunicar que na data/hora/local, acima informados, conduzia a motocicleta HONDA BROS NXR-150, PLACA NAT-7489, CHASSI N.º9C2KD0550CR534680, ANO 11/12, quando colidiu com a cabeceira de uma ponte de madeira na vicinal da Água Fria, no Município de Uiramutã; que, em virtude do acidente o comunicante quebrou um dedo da mão direita, três dentes e fraturou o punho da mão esquerda; que a vítima foi conduzido por terceiro ao hospital geral de Roraima. É o relato.



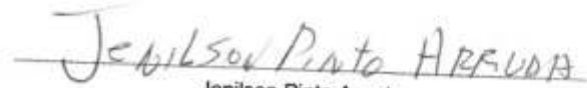
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040818/2019-A01

ASSINATURAS

  
José Maria de Souza Moura  
Agente Carcerário  
Matrícula 42000193  
Responsável pelo Atendimento

  
Jenilson Pinto Arruda  
(Comunicante / Vítima)

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

# 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 ou AT: 703-289-332-52 3 - CPF da vítima: 703-289-332-52 4 - Nome completo da vítima: Levilson Pinto Arruda

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

5 - Nome completo: Levilson Pinto Arruda 6 - CPF: 703-289-332-52  
 7 - Profissão: Segurança 8 - Endereço: Rua Rio Amazonas 9 - Número: 943 10 - Complemento: Casa  
 11 - Bairro: Boa Vista 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316-124  
 15 - Telefone: 095-99119-0198 16 - Tel (DDD): 095

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: \_\_\_\_\_  
 Declaram, para todos os fins de direito, que o endereço acima informado, conforme representante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDAS ANUAIS DO TIPO DA RENDA: ☒ RCLUEO INDIENAR ☐ RCLUEO PESSOAL ☐ RCLUEO ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ RCLUEO ATÉ R\$1.000,00 ☐ RCLUEO ATÉ R\$5.000,00 ☐ ADMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO ☐ IMPENHATÁRIO, CURADOR, TUTOR  
☒ CONTA POU-PANCA (Nem sempre para os bancos abaixo. Anotar o nome do banco)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Conta Corrente (pessoa física)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do Banco: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 3905 CONTA: 00007527 2 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CAUSO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CONDIÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins da requisição de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.254/74), uma vez que:  
 • Não há IML que atenda a região da ocorrência ou da minha residência; ou  
 • O IML que atenda a região da ocorrência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 • O IML que atenda a região da ocorrência ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 50 (cinquenta) 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 regras da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo autônomo, conforme o disposto no art. 6º, IV, da Lei nº 5.254/74.  
 Declaro que esta autorização não significa prova concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso dispuser da oportunidade.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CONDIÇÃO DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúva ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Outro ☐ Não sabe  
 24 - Grau da Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Vítima do sexo masculino? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe  
 26 - Vítima do sexo feminino? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe  
 27 - Se a vítima do sexo feminino, informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe  
 29 - Se tinha filhos, informar: \_\_\_\_\_  
 30 - Vítima do sexo masculino? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe  
 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe  
 32 - Se tinha irmãos, informar: \_\_\_\_\_  
 33 - Vítima do sexo feminino? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta na época, 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 200 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a petição (a seguir): \_\_\_\_\_  
 35 - CPF legível de quem assina a petição (a seguir): \_\_\_\_\_  
 36 - Assinatura de quem assina a petição (a seguir): \_\_\_\_\_  
 37 - Nome legível de quem assina a petição (a seguir): \_\_\_\_\_  
 38 - CPF legível de quem assina a petição (a seguir): \_\_\_\_\_  
 39 - Assinatura de quem assina a petição (a seguir): \_\_\_\_\_  
 40 - Local e data: Boa Vista - RR 27 de dezembro 2019  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (cedente): Levilson Pinto Arruda  
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_