

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2765639420200703103054

Processo 0815640-66.2020.8.23.0010 ☆ - (14 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág.

1



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

PROCESSO: 08156406620208230010

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **08/11/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **04/12/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200109105 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ FELYPE SANTANA VARELA **Data do acidente:** 08/11/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO. P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FÊMUR: PLACA E PARAFUSO). P 27, 135
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **08/11/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

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:	20/03/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000003331-6

Nr. da Autenticação 233FA3A1BB0F3049

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 23 de junho de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Media (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08156406620208230010.

Rio de Janeiro, 23 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200109105 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA **Data do acidente:** 08/11/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO. P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FÊMUR: PLACA E PARAFUSO). P 27, 135
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFEIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFEIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

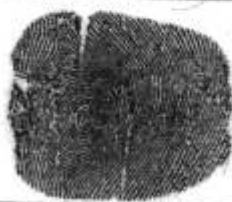
DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

825.396.343-20

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

Polícia Federalizada do Estado de Roraima

Divisão de Identificação

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RR

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1831225761



PERFORMING	ACC	CAT. NO.
0000000000	0000000000	0000

02/01/2015

OBSERVAÇÕES

PROIBIDO PLASTIFICAR

1831225761

Long Fellowship Committee Under
Administration of the Board of Directors

LOCAL _____
BOA VISTA, RR

- DATA DE EMISSÃO -
15/03/2019

450 CONSUMERS BRAND,
DIRECTOR, PRESIDENT
DETROIT, MI

03905143516
RZ10069970

ANNUAL DO

RORAIMA

DENATHAN CONRAN

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco inscrito (a) no CPF 754.043.381-72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luiz Felipe Santana Vazila inscrito (a) no CPF sob o Nº 754.043-381 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Mixolider da Vítima Luiz Felipe Santana Vazila, inscrito (a) no CPF sob o Nº 754.043.381 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua CC 18</u>		Número <u>295</u>	Complemento
Bairro <u>Laura Moreira</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.318-085</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>9913-3855</u>

Boa Vista RR, 04 de Março de 2020
Local e Data

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante



Para conferir
defina-se o código
de barras



Roraima Energia S.A.
Av. Carolina Bie Garay, 001 - Caruaru - Boa Vista - RR
CNPJ 06.041.470/0001-44 | Ins. Estadual 24.007.399-4
Nº de Matr. Fisco 003.642.416
Tribuna Municipal de Impostos e Contribuições para 2019/2020

Nº de Matr. Fisco 003.642.416
Atividade Social da Energia Elétrica - TRF 4ª Região
Inscrição nº 18.420 de 20/03/2012

MARIA GILVANEY DE SOUSA SARIANA
Av. JUIZ MATINILIANO TRINHADE 30 SENEZINHO MELIS CAMPOS
CPF: 0005111752272
CEP: 69.325-524 - BOA VISTA

RUT: 28.001.28 35.0030000

Atividade	17291	Monte	12/09/2019
Atividade	18993	Aplicar	14/09/2019
Contribuição de Iluminação	1,000	Contribuição de Iluminação	17/10/2019
Contribuição de Iluminação	298	Contribuição de Iluminação	11/09/2019
Contribuição de Iluminação	298	Contribuição de Iluminação	12/09/2019

RORAIMA ENERGIA S.A. - RORAIMA

Uso e Consumo	Local	Período de Referência	Valor	Código de Produto	Valor de Referência
Uso e Consumo	Local	Período de Referência	Valor	Código de Produto	Valor de Referência
AGO/19	348	CONJUNTO 288 A RS 0.7061000	228,29		
JUL/19	352	CORREÇÃO MONETÁRIA DA EL (27)	0,12		
JUN/19	286	CORREÇÃO MONETÁRIA IGFH (2X)	5,89		
MAI/19	279	MULTA POR ATRASO DE TL (2X)	3,46		
ABR/19	316	JURAS DE MORA POR ATRASO (2X)	1,02		
MAR/19	301	MULTA POR ATRASO (2X)	0,76		
FEV/19	259	JURAS DE MORA DE IMPORTT (2X)	8,28		
JAN/19	372	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	25,58		
DEZ/18	407				
NOV/18	485				

RORAIMA ENERGIA S.A. - RORAIMA

Reservatório de Recarga	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40
Reservatório de Recarga	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40
Reservatório de Recarga	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40
Reservatório de Recarga	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40
Reservatório de Recarga	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40

RORAIMA ENERGIA S.A. - RORAIMA

Reservatório de Recarga	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40
Reservatório de Recarga	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40
Reservatório de Recarga	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40
Reservatório de Recarga	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40
Reservatório de Recarga	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40

RORAIMA ENERGIA S.A. - RORAIMA

Reservatório de Recarga	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40
Reservatório de Recarga	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40
Reservatório de Recarga	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40
Reservatório de Recarga	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40
Reservatório de Recarga	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40	2.206,40

RORAIMA ENERGIA S.A. - RORAIMA



CNPJ: 06.933.877/0001-13
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 26.900.428-3
RUA HELTON JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 89.306-416

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

Matrícula: 831247

Janeiro/2020

Dados do Cliente:

MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

Endereço para entrega:

RUA OC 18, NUM. 295 - SENADOR HELIO CAMF
OS BOA VISTA RR 69317-633

Inscrição

001.033.011.0169.000

Rota
5

Seq.Rota
1189

Quantidade de Economias
RESIDENCIAL

Hidrômetro

NÃO MEDIDO

Data de Instalação

Situação Água

LIGADO

Situação Esgoto

POTENCIAL

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m3)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

LEITURA INF.

DT. LEITURA

10

0

ULTIMOS CONSUMOS

201912 10-0

201911 10-0

201910 10-0

201909 10-0

201908 10-0

201907 10-0

MEDIA 10

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 Q.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAL	ELCOLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	109	109	109	109	109
CONFORMES	109	109	109	109	109

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

23,83

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 12/2019

4,77

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019

0,47

VENCIMENTO:

15/02/2020

TOTAL A PAGAR

29,07

AVISO: EM 30/11/2019 CONSTA DÉBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039542/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/12/2019 08:06 Data/Hora Fim: 04/12/2019 08:13
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: j 034187 Data: 08/11/2019
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 08/11/2019 12:35

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: av ene garcez

Bairro: Mecejana

Ponto de Referência: hotel de transito do exercito
Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Melo(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Social: 2º SGT PM Nº 47000533

Nome Civil: KARLA GLEICE RENDEIRO ALVARENGA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Policial Militar

Nome da Mãe: -----

Em Serviço: Sim

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: LUIZ FELYPE SANTANA VARELA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Altamira

Sexo: Masculino

Nasc: 11/11/1994

Profissão: Motoboy

Nome da Mãe: MARIA GILVANETE DE SOUSA SANTANA

Nome do Pai: ANDRE LUIS VARELA

Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 754.043.381-72

RG - Carteira de Identidade: 5759592

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV JUIZ MAXIMILIANO TR

Complemento: CASA

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nº: 30

CEP: 69.316-524

Nome Civil: ADRIANA DOS SANTOS MOTA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Portel

Sexo: Feminino

Nasc: 17/10/1982

Profissão: Cabeleireiro



Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 04/12/2019 08:13
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039542/2019-A01

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: CICERA DOS SANTOS MOTA

Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 703.105.722-15

RG - Carteira de Identidade: 182688

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R SEVERINO MINEIRO

Bairro: MECEJANA

Nº: 343

CEP: 69.304-480

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 811.175.822-72	Placa NAY4094
Renavam 01004152121	Número do Motor E3L4E-033486
Número do Chassi 9C6KE1940E0033480	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/YBR125 FACTOR ED
Modelo YAMAHA/YBR125 FACTOR ED	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 05/05/2014	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
LUIZ FELYPE SANTANA VARELA	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 198.348.371-00	Placa NUH3017
Renavam 01134801650	Número do Motor CNX105619
Número do Chassi 9BWJL45U9JP005484	Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Cor PRATA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo VW/SAVEIRO CD CROSS MA
Modelo VW/SAVEIRO CD CROSS MA	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 17/11/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
ADRIANA DOS SANTOS MOTA	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Conforme rop em anexo vem relatar que a comunicante 2ª SGT Karla deparou-se com um acidente de trânsito, uma saveiro de placa NUH3017 e uma motocicleta Yamaha Ybr 125 de placa NAY4094, sendo que a saveiro trafegava na avenida forte são Joaquim sentido av Ene Garcez e a motocicleta trafegava na ave ne Garcez sentido aeroporto, momento em que a comunicante desceu de seu veículo particular para prestar os primeiros socorros a Luiz, que estava estendido ao chão na referida avenida, aparentemente inconsciente, manteve contato verbal com o mesmo que não respondia, mais estava



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039542/2019-A01

respirando, populares auxiliaram na assistência a Luiz, até a chegada do senhor Elivaldo da Equipe do Samu, que ia passando pelo local e parou para auxiliar Luiz; Que apresentava lesão corporal na cabeça; Em seguida a Sd Pm Ana Mendonça, também parou para apoiar nas demandas da ocorrência; Que foi acionado o ciops não foi possível deslocar vtr ao local; Foi acionada a perícia e também não foi possível o deslocamento; Que foi acionado o SAMU que prestou socorro a Luiz e o levou ao pronto socorro Francisco Elesbao, A motocicleta Nay4094 ficou bastante danificada, foi guardada no pátio do hotel de transito do exercito, por falta de alternativa, visto que não foi possível acionar o guincho e nem algum familiar de Luiz; Que Adriana não apresentou lesões, informou que estava bem, somente nervosa por causa da colisão; Que o veículo Saveiro NUH3017 também ficou bastante avariada na parte frontal e permaneceu fincado na arvore que colidira; Que após a remoção de Luiz ao pronto socorro foi orientado que seria confeccionado um Rop e encaminhado ao Departamento de Polícia; Os pertences de Luiz (celular Motorola, carteira porta cédulas, óculos de grau, carregador de celular e um molho de ferramentas) foram entregues a sua genitora a Srª Gilvanete (Tel 981262086) no endereço informado por ser a única informação que o mesmo conseguiu prestar momentos depois; É o relato.

ADITAMENTO:

O B.O. EM TELA FOI ADITADO PARA ACRESCENTAR OS DADOS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS NO ACIDENTE; TAMBÉM QUE O CONDUTOR LUIZ COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O FÊMUR DA PERNA ESQUERDA EM TRÊS LUGARES.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia

Matrícula 042000169

Responsável pelo Atendimento

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei a quem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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: ☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1 - Nº do Estado ou DF: _____ 2 - CPF do Vítima: 754.043.381-72 3 - Nome completo da vítima: Luiz Felipe Santana Varela

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

4 - Nome completo: Luiz Felipe Santana Varela 5 - CPF: 754.043.381-72
6 - Profissão: Desenvolvedor 7 - Endereço: R. Luiz Maximiliano Teindade 8 - Cidade: Boa Vista
9 - Estado: RR 10 - CEP: 69.316-524
11 - Data de Nascimento: 09/18/83 12 - Complemento: _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 14 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

13 - Nome completo do Representante Legal: _____ 14 - CPF do Representante Legal: _____ 15 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL (R\$) TITULAR DA CONTA: ☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - CADASTRAMENTO: ☒ BENEFICIÁRIO (CASO INDENIZACÃO) ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO (CASO INDENIZACÃO) ☐ CURADOR (CASO INDENIZACÃO)
☒ CONTA POUANÇA (somente para bancos abertos em nome de pessoa física)
☐ Banco do Brasil (237) ☐ Itaú (343) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 390503 CONTA: 0002331 6

Autoregistro e seguradora Líder a emitir na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização em favor do Seguro DPVAT, a que eu tenho direito, reconhecendo a dívida, desde que seja antes da efetivação da indenização, quitando total da dívida informada.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não é impossível de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização pelo 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 anexa apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde que, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às regras da Seguradora Líder para verificação da existência e quando cação nas lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causada por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 19.744/74.
Declaro que este autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou confissão da culpa de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da Vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúva ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Outros: _____
24 - Data da morte da vítima: _____
25 - Grau de parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou testamento: ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixar testamento, informar nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou testamento? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou testamento? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso aprovado, a indenização do Seguro DPVAT somente a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição perante a Seguradora, ainda que eu qualquer dia venha a declarar não verdadeira perante a Seguradora o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 269 do Código Penal.

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

40 - Local e data: Boa Vista, 22/04 de Março de 2020
41 - Assinatura da vítima ou beneficiário (se for o caso): Luiz Felipe Santana Varela
42 - Assinatura do Representante Legal (se for o caso): William Gonçalves
43 - Assinatura do Promotor de Justiça (se for o caso): _____

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: 754.043.381-72 4 - Nome completo da vítima: Luiz Felipe Santana Varela

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

5 - Nome completo: Luiz Felipe Santana Varela 6 - CPF: 754.043.381-72
7 - Profissão: Servico Gerais 8 - Endereço: Av. Luiz Maximiliano Trindade 9 - Número: 30 10 - Complemento:
11 - Bairros: B. Lúcio Campos 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-524
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9918-3855

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUANÇA (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: 3905613 CONTA: 000033316 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (nc Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boavista, 04 de Março de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109105

Vítima: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

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 funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003905**

Conta: **000003331-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109105

Vítima: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

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

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: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000003331-6

Nr. da Autenticação 233FA3A1BB0F3049

Justo JVC

	GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA	1ª Circunscrição	Assessoria	Rede de Saúde	Rede de Saúde
	Secretaria de Estado de Saúde	Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE	Av. Engenheiro Eduardo Gomes, 3308	Vigilância Epidemiológica	Vigilância Epidemiológica

1201284210		CR: 120128 13:39:14		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 06/09	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
LUIZ PELLYPE SANTANA VARELA		11/11/1994		24 A 11 M 27 D				7500338172	
Tipo Doc		Documento		Grado Emisor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE		5759532		ESPICO		14/05/2004		M	
Nome		MARI GILVANETE DE SOUSA SANTANA		Estado Civil		Residência		Nacionalidade	
Endereço		RUA - LUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 --- RR		Pai		ANDRE LUIS VARELA		BRASILEIRA	

Class. de Caso	Plano Convênio	Nº do Optima	Unidade	Atendimento	Sis. Próprio
ACIDENTE DE MOTO	SUS - SISTEMA UNIDO DE SAÚDE				
Gravidade	Caráter do Atendimento	Profissional de Apoio	Procedência	Tempo	Unidade
GRANDE TRAUMA	URGÊNCIA		Próprio/Sistema Sul		
Queixa Principal	Sintomas Principais				

Queixa de trauma

Anamnese do Enfermeiro	Gênero	Idade
	M	24

Exame físico: (HORA DA CONSULTA: 13:30 h)
Paciente trazido pelo pai em prancha rígida no colo com lesões de pele no tórax e membros superiores e inferiores.

Exame físico: lesões com lesões e HTE e / ou outros lesões corporais.

Hipótese Diagnóstica:
TCC grave

Exames Complementares	EXATOS X	ULTRA-SOM	ECG	SANGUE	URINA	ECG	OUTROS
-----------------------	----------	-----------	-----	--------	-------	-----	--------

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Exame de Urina e sangue		
Exame de urina e sangue		
Solicitar avaliação pelo Neurologia, Dr. Sérgio Aguiar e Dr. João Carlos, sobre o caso com observação médica.		
Exame de urina e sangue		

Conduta	Ampliação	Observação (Ritmo 4/4)	Intervenção	Data e Hora de Solução
Ata por Decisão Médica				
Ata a Pedido				
Ata a Prescrição				
Transferência para				

Gênero	Antigo de 11 Atendimento	Destino	IML Anomalia Patológica
M	() Sim () Não	() Família	() IML Anomalia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico

Impressão por: antônio a. oliveira
Data Hora: 06/11/2013 13:34:00



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - **HC**

Em Boa Vista, Felipe Santana Silva, Clínico

Sua informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) - (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de transferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda.

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado.

6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 21 de Novembro de 2019.

Assinatura do paciente: Felipe Santana Silva

Responsável:

1) Assinatura: Ingrid Raquel de Almeida

Nome Ingrid Raquel de Almeida

CPF: 029.445.632-06

Grav de Parentesco: Mãe

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendem o que expliquei.

Boa Vista, 21 de 11 de 2019. Hora: 19:30

Nome Completo:

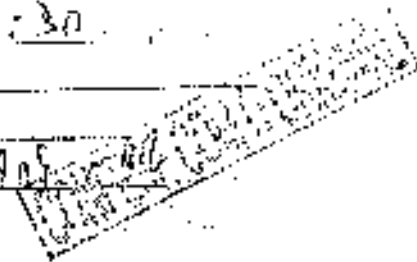
Assinatura do Médico:

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

Dr. Felipe Santana Silva
CRM 1905

CRM

1905





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 20/11/19
PACIENTE: Luiz Felipe S. Velloso, DN: 21/11/97
DIAGNOSTICO(S): 1º grau de insuficiência cardíaca

DIH: 21/11/19

KAMBAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADMISIONAIS (DATA: _____) Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
HCO₃: _____ PII: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
CULTURAS (/ /): _____

IMAGEM: _____
EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA: _____) Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____
Cl: _____ HCO₃: _____ PII: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
IMAGEM: _____

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

TERAPIA INSTITUIDA:

Clonazepam + Sildenafil

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

paciente com clonazepam
programado para dia 4/12/19
pelo médico

Hoa Vista 20 de Novembro de 2019 Hora: _____

Assinatura/carimbo do Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM

CRM

SUS

Sistema
União de
Saúde
Ministério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DESTINATÁRIO

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

LUIZ VELLER SAMANA VARELA

4 - DATA DE NASCIMENTO

17/09/1971

5 - SEXO

MASCULINO

6 - NOME DO RESPONSÁVEL

ANTONIO GILVANY DE S. SAMANA

7 - ENDEREÇO

RUA ...

8 - CIDADE

...

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

9 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR, ZUMBIDO, ACID. (ARRO-CARRO)
HÁ 17 DIAS

EX FEMUR DIAF (E)

10 - COMPLEMENTO QUE JUSTIFIQUE A INTERNAÇÃO

...

EX ALUNA

11 - HISTÓRICO DE DOENÇAS PREVIAS DO PACIENTE

...

EX (RADIOLOGIA)

12 - EXAMES DE LABORATÓRIO

EX FEMUR (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

13 - TIPO DE PROCEDIMENTO

INTERVALAR

14 - DATA DE SOLICITAÇÃO

08/09/2012

15 - DATA DE SOLICITAÇÃO

20/11/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

16 - TIPO DE ACIDENTE

ACIDENTE DE TRÂNSITO

17 - TIPO DE ACIDENTE

ACIDENTE DE TRABALHO

18 - TIPO DE ACIDENTE

ACIDENTE DE TRABALHO

19 - TIPO DE ACIDENTE

ACIDENTE DE TRABALHO

20 - TIPO DE ACIDENTE

ACIDENTE DE TRABALHO

21 - TIPO DE ACIDENTE

ACIDENTE DE TRABALHO

22 - TIPO DE ACIDENTE

ACIDENTE DE TRABALHO

23 - TIPO DE ACIDENTE

ACIDENTE DE TRABALHO

24 - TIPO DE ACIDENTE

ACIDENTE DE TRABALHO

25 - TIPO DE ACIDENTE

ACIDENTE DE TRABALHO



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO

NOME: LUIZ FELLY DE SANTANA, UTELA

DATA DE NASCIMENTO: 11/11/34

DATA DE ADMISSÃO: 22/11/83

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: PT PERMAN (E)

ADMISSÃO MÉDICA

RDA: MRS, 24 ANOS, S/ CONG. DA ALERGIA? PREVIA
E (PLAS) CATECO-MIO DIA 08/11/84
C. E. EVIDENCIADO EX PERMAN (E)
PEL VARIANTE C/ DOB LOCAL APOS TRANSFER
S/ OUTRAS QUEIXAS

HPP: O ALERGIA E TUMORES
O CUR. PREVIAS

ECTOSCOPIA: REG, LOTE A S. E. EVIDENCIADO

ACV: TUMOR TUMORES

AR: MUDADA

ABD: MUDADA

AVP: BPP, TEL. MÉSSELO, CARI. LIVRE.

CONDUTA (A) AMPLITUDE (B) NOS CONDADOS DE 07

Assinado e Carimbo
Médico

ASSINATURA E CARIMBO



INSCRIÇÃO DO INTERVENIENTE		ASSOCIAÇÃO TÉCNICA INTERMUNICIPAL	
NOME	DATA	NOME	DATA
ASS. E CARIÓTIPO EMFERMEIRO TARDE: DATA / HORA		ASS. E CARIÓTIPO DE ENFERMEIRO TARDE: 18:00 DATA / HORA	
ASS. E CARIÓTIPO - E INFERMIRO NOTA: DATA / HORA		ASS. E CARIÓTIPO, TEC. ENFERMEIRO NOTA: DATA / HORA	
ASS. E CARIÓTIPO - EM FERMEIRO NOTA: DATA / HORA		ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMEIRO NOTA: DATA / HORA	

Recebi em seu devido tempo e com a devida assistência médica e cirúrgica, bem como a devida assistência farmacêutica e de enfermagem.

ASS. E CARIÓTIPO - E INFERMIRO

ASS. E CARIÓTIPO - E INFERMIRO

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNOSTICAR FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	319	DATA	24/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				SN
3	SSF 500ML EV ACM				SN
4	TILATEL 20MG EV 12/12H				SN
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SN
10	SSVV + CCGG 5/6 H				SN
11	CURATIVO DIARIO SN				SN
14	CIAXANE 40MG SC 1X/DIA				SN
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-230: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI; 351-400: 8UI, 401-450: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DUM/L GLICOSE ≥ 180 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1048

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1048

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
8 H	90x60	84	-	36.7°C
12 H	90x60	83	-	35.8°C
18 H	90x60	82	-	36.7°C
24 H	91x66	94	-	36.5°C
24 H				

DR MARCUS BRUNNER
 CRM 1511

Atenção: Não se esquecer
 de fazer curativo no local
 de inserção da sonda
 de alimentação
 NUNCA UNSTA
 CRM 7.2361

UNSTA

SAB-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOTA: 10/11/80

DATA: 10/11/80 SEXO: M IDADE: 30

PESO: 60 KG

LEITO: 810

ALERGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

CONTROLE DE CÂNTERES E SONDAS			
CÂTER	SIM	NÃO	DATA
CÂTER PÉLVICO	☒	☐	10/11/80
CÂTER VESICAL	☒	☐	10/11/80
SONDA NASOGÁSTRICA	☒	☐	10/11/80
SONDA NASOENTÉRICAS	☒	☐	10/11/80
DIURETOS	☒	☐	10/11/80

DESCRIÇÃO DE LESÕES

1- FERIMENTOS 2- ABOÇÃO 3- HEMATOMA 4- ULCERAÇÕES 5- FISTULA EXTERNA 6- DERMATO 7- AMPUTACAO

ULCERA POR PRESSÃO: SIM ☐ NÃO ☒ LOCAL: GRAN II GRAU II ☐ GRAU III ☐

CABECÇA: PESQUISA DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ INCONTINENTE ☐ SEMI-CONSCIENTE ☐ CONSCIENTE ☒ ALERTA ☐ ORIENTADO ☐ ORIENTADO
PULSAÇÃO: ☐ PRESENTE ☒ NÃO PRESENTE ☐ OUTROS: ☐ PARADOXICAIS ☐ HIPERTENSÃO
ACUIDADE VISUAL: ☐ NORMAL ☐ DIMINUIDA
ACUIDADE AUDITIVA: ☐ NORMAL ☐ DIMINUIDA
ACUIDADE VIBRIL: ☐ NORMAL ☐ DIMINUIDA
VIAJES ALTERNAS: ☐ PRESENTES ☐ AUSENTES ☐ PRESENTES ☐ AUSENTES ☐ PRESENTES ☐ AUSENTES

TOSSAS E PULMONES: PULMÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: ☐ SINTOMÁTICO ☐ ASSINTOMÁTICO
TUBOS RESPIRATORIOS: ☐ SINTOMÁTICO ☐ ASSINTOMÁTICO
FRAQUEZA: ☐ ESQUERDA ☐ DIREITA ☐ BILATERAL ☐ PRESENTE ☐ TOSSE: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE ☐ SICA: ☐ EXPECTORAÇÃO
MORBUNDOS VISCERAIS: ☐ PRESENTES ☐ AUSENTES ☐ PRESENTES ☐ AUSENTES ☐ PRESENTES ☐ AUSENTES
RUIDOS ADVENTICIOS: ☐ PRESENTES ☐ AUSENTES ☐ PRESENTES ☐ AUSENTES ☐ PRESENTES ☐ AUSENTES

ANÁLISE DA PULSAÇÃO: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE
TEMPERATURA DA PELE: ☐ NORMAL ☐ ELEVADA ☐ BAIXA ☐ NORMAL ☐ ELEVADA ☐ BAIXA

APARELHO CARDIOVASCULAR

ARTERIAL: ☐ NORMAL ☐ ELEVADA ☐ BAIXA ☐ NORMAL ☐ ELEVADA ☐ BAIXA
PULSO: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE
RITMO: ☐ NORMAL ☐ ELEVADO ☐ BAIXO ☐ NORMAL ☐ ELEVADO ☐ BAIXO

APARELHO GASTROINTESTINAL

ABDOMEN: ☐ NORMAL ☐ ELEVADO ☐ BAIXO ☐ NORMAL ☐ ELEVADO ☐ BAIXO
FECES: ☐ PRESENTES ☐ AUSENTES ☐ PRESENTES ☐ AUSENTES ☐ PRESENTES ☐ AUSENTES
URINA: ☐ PRESENTES ☐ AUSENTES ☐ PRESENTES ☐ AUSENTES ☐ PRESENTES ☐ AUSENTES

DIAGNÓSTICO

1- PARADOXIA RESPIRATORIO INEFICAZ
2- RESPIRAÇÃO ESTEROTÓICA
3- TUBO GÁSTRICO PRESENTE
4- ANSIEDADE
5- MEDO
6- EXERCÍCIO INEFICAZ
7- RISCO PARA RESPIRAÇÃO
8- Desequilíbrio

9- INABILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
10- RISCO PARA O CONTROLE DE VÍAS

11- INABILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
12- RISCO PARA O CONTROLE DE VÍAS

13- INABILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
14- RISCO PARA O CONTROLE DE VÍAS

15- INABILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
16- RISCO PARA O CONTROLE DE VÍAS

17- INABILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
18- RISCO PARA O CONTROLE DE VÍAS

19- INABILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
20- RISCO PARA O CONTROLE DE VÍAS

21- INABILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
22- RISCO PARA O CONTROLE DE VÍAS

23- INABILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
24- RISCO PARA O CONTROLE DE VÍAS

25- INABILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
26- RISCO PARA O CONTROLE DE VÍAS

27- INABILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
28- RISCO PARA O CONTROLE DE VÍAS

29- INABILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
30- RISCO PARA O CONTROLE DE VÍAS

31- INABILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
32- RISCO PARA O CONTROLE DE VÍAS

33- INABILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
34- RISCO PARA O CONTROLE DE VÍAS

35- INABILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
36- RISCO PARA O CONTROLE DE VÍAS

PRESENÇA DE ENFERMAGEM

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

[illegible]

CONFIDENTIAL

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

DATA DE ADMISSÃO 21/11/2019 DIH 8/11/2019

PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

DIAGNÓSTICO FX FEMUR ESQUERDO

ALERGIA: NEGA HAS NEGA DM2 NEGA
 IDADE: 24 LEITO 319 DATA 21/11/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	ORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SALDO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	S/N
3	SFO 0.9% 500ML EV	S/N
4	SIMETICONA 40 GTS OU VO 01 COMP VO 8/H	S/N
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/H	S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/H SE DOR NÃO CENSA	S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/H (S/N)	S/N
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	S/N
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X DIA EM JEJUM	S/N
10	SSV + COGG 6/6 H	S/N
14	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	S/N
17		
19		
17		
18		
19		

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 D/L ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

SOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H	127/80	63	-	36.2		
12 H						
18 H						
24 H	119/70	80	-	36.5		
24-H						

Dr. Haroldo S. M. Oliveira
 Médico
 CRM-RR 1888

CONFERIR EM 21/11/2019

DATA: 11/01/2011

ASS: CAROLINA TEL. ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA

HORA

MANHÃ

ROA no NÚMERO 11 QUINZE, NOME: ROA
MOROUSSO E SERVE COM: SERVO
QUANTO AO: SERVO

ASS: CAROLINA TEL. ENFERMAGEM

DATA

HORA

TARDE

ROA no NÚMERO 11 QUINZE, NOME: ROA
MOROUSSO E SERVE COM: SERVO
QUANTO AO: SERVO

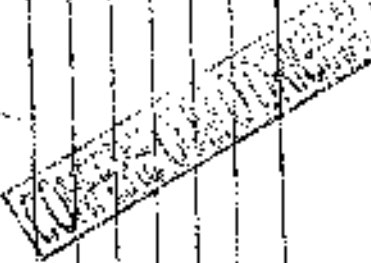
ASS: CAROLINA TEL. ENFERMAGEM

DATA

HORA

NOITE

Paciente encontra-se nos seguintes
dados: verificamos que a paciente
está bem, com sinais vitais estáveis
e sem alterações.



ASS: CAROLINA TEL. ENFERMAGEM

MANHÃ

ROA no NÚMERO 11 QUINZE, NOME: ROA
MOROUSSO E SERVE COM: SERVO
QUANTO AO: SERVO

ASS: CAROLINA TEL. ENFERMAGEM

DATA

HORA

TARDE

ROA no NÚMERO 11 QUINZE, NOME: ROA
MOROUSSO E SERVE COM: SERVO
QUANTO AO: SERVO

ASS: CAROLINA TEL. ENFERMAGEM

DATA

HORA

NOITE

Paciente encontra-se nos seguintes
dados: verificamos que a paciente
está bem, com sinais vitais estáveis
e sem alterações.

ASS: CAROLINA TEL. ENFERMAGEM



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - CC

Protocolo nº 1 Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2012

Atualizado: Janeiro / 2015

ENE/LEITO: 319

Nome: <u>Luiz Felipe Valera</u>	
DATA: <u>01/02/2015</u>	DATA: <u>01/02/2015</u>
GRAU - I	GRAU - I
☒ GRAU - II <u>x2</u>	GRAU - II
	
Localização / Região: <u>Tronco</u>	Localização / Região: <u>Tronco</u>
Exatidão: <u>3</u>	Exatidão: <u>3</u>
Tamanho da Ferida: <u>3</u>	Tamanho da Ferida: <u>3</u>
Aparência do Leito: <u>2</u>	Aparência do Leito: <u>2</u>
Quantidade de Exsudato: <u>2</u>	Quantidade de Exsudato: <u>2</u>
Tipos de exsudato: <u>2</u>	Tipos de exsudato: <u>2</u>
Dor: <u>2</u>	Dor: <u>2</u>
Odor: <u>2</u>	Odor: <u>2</u>
Condição da pele Periférica: <u>2</u>	Condição da pele Periférica: <u>2</u>
Solução para limpeza: <u>2</u>	Solução para limpeza: <u>2</u>
Cobertura primária: <u>2</u>	Cobertura primária: <u>2</u>
Hora do curativo: <u>2</u>	Hora do curativo: <u>2</u>
Data da Próxima Visita: <u>2</u>	Data da Próxima Visita: <u>2</u>
Em caso de + de 24hs: <u>2</u>	Em caso de + de 24hs: <u>2</u>
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <u>2</u>	Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <u>2</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>2</u>	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>2</u>
CRS: <u>2</u>	CRS: <u>2</u>
CRS: <u>2</u>	CRS: <u>2</u>

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Cova Lta, Soluções Programadas.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser avaliadas separadamente.



319

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNOSTICAR FX FEMUR E					
ALERGIAS	?	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	319	DATA	22/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:30
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				MANHÃ
4	TILATIL 20MG EV 12/24				18:00
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				S/N
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				18:00
10	SSVV + CCGG 6/6 H				18:00
12	CURATIVO DIÁRIO S/N				S/N
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				18:00
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10 UI E OU GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

REG, EUPNÓICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCO BRUNNER
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	DI	PR	TEMP	
6 H	118 x 61	89	-	+	36.4°C	Recap. DR MARCO BRUNNER
12 H	106 x 60	69	+	0	36.8°C	20/11/2019
18 H	106 x 60	84	+	+	36	
24 H	111 x 60	80	-	+	36.6°C	Recap - 20/11/2019
24 H						

Exatidão da anamnese, exame físico
 e exames complementares realizados
 e interpretação dos resultados

Tatiana Nascimento
 NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
 CRM 1918

319

404
5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	13/11/2019	DN
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA		
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DIAFISE E		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	401-5	DATA 21/11/2019
ITEM			HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE		24h
2	AVP		24h
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA		24h
4			
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/8H S/N		24h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		24h
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		24h
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN		24h
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		24h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		24h
11	CURATIVO DIÁRIO		24h
12	SSVV + CCGG 6/8H		24h
13	FAZER DESMAME DE SVD		24h
14	RETIRAR SVD		24h
15	AO HC		24h
16			24h
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SG). 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, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL E # PRE			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	104/69	98	20
18 H			
24 H			
			DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1564 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obs: Colhido material para
exames laboratoriais e encaminhado
ao laboratório. Verificado os sv
ok.

RECEBUEMOS
13/11/2019

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

319

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA		
AGNÓSTICO EX FEMUR E		
ALERGIAS	NAS	NEGA
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	5:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã
3	SSF 500ML EV ACM	PM
4	TILATEL 20MG EV 12/12H	PM
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H (S/N)	
6	TRANA 100MG + SSF 0.9% EV OL 31 CAP VO DE 8:30 SE COR INJEÇÃO	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E OLI PAD > 110 MMHG	
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X DIA EM JEJUM	
10	SSV + CCOG 8/8 H	
12	CURATIVO DIÁRIO SN	
14	CLAVANE 40MG SC 1X DIA	
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, SUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
 SEM QUEIXAS E OU INTRICORRÊNCIAS
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR. MARCELO VARGAS
 CRM 1918

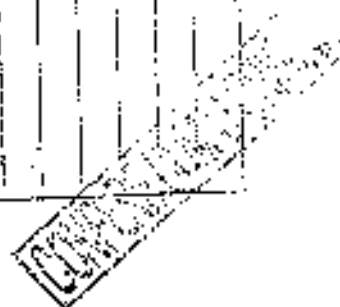
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100/70	78	20	36.2	+0
12 H	90/60	81	-	36.2	
18 H	90/60	78	21	36.7	
24 H	100/60	87	20	36.5	
24 H					

DR. MARCUS BRUNNER
 CRM 1317

Marcelo S. Lima
 TCM 150000000
 CREF 1257-043

Valeza
 Assistente Social
 APL DA SEM
 CREF 1257-043

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO

[illegible]



Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - CC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizado: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 313

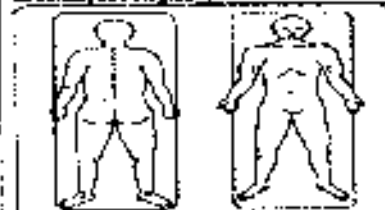
Nome: Luci F. Mendes

DATA:

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região



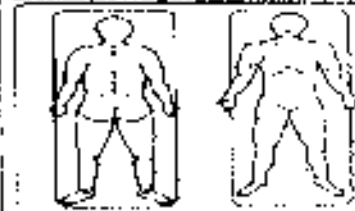
Wound
Tagging

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão ☐ Queda ☐ Varizes ☐ Infecção ☐ Drenagem
☒ Amputação ☒ Cirurgia ☐ Trauma ☐ Queimadura

Tamanho da Ferida:

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

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com escorço
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☒ Seco ☐ úmido ☐ muito úmido
☐ úmido, moderado ☐ muito úmido, abundante

Trac de exsudato

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguinolento

Odor

☒ Não ☐ Sim

Odor

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a 30 cm do ferido
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele

☒ Normal ☐ Macerada ☐ Seca ☐ Entardecida / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Perfuração

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0.9% ☐ Clorexidina 1%
☒ Clorexidina 4% ☐ Outros

Cobertura primária

☒ Não ☐ Sim

Contato direto e indireto

☐ Fibrinase ☐ Colagenase
☐ AOE ☐ Sulfadiazina de Prato
☐ Outros

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca

Em caso de + de 24 h

Carimbo e ass. do enfermeiro

Carimbo e ass. do enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

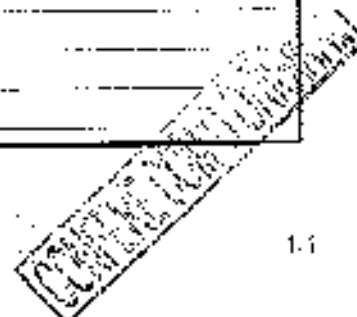
Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

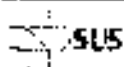
Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro

Carimbo e Assinatura no Enfermeiro





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. G. R.

7 - CIES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO PRESTADOR

4 - CNES

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Luiz Felipe Santana Vieira

7 - DATA DE NASCIMENTO

01/01/1961

8 - SEXO

M

10 - TITULO DA QUALIFICAÇÃO

11 - NÚMERO DE CONTA

12 - ENDEREÇO (RUA, AV, QUADRA)

13 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

14 - LOCALIDADE MUNICIPAL

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

Paciente em fase de seguimento

18 - EXAMES QUE JUSTIFIQUE A INTERNAÇÃO

Intensivos

19 - EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE DIAGNÓSTICO (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exames de laboratório e exames de diagnóstico realizados

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intensivos

25 - CÍRCULO

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO (Nº DO PROJETO DE TRABALHO)

30 - NOME DO RESPONSÁVEL QUE ATENDE O PACIENTE

Dr. Renato

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/1/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

34 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAVESSIA

35 - Nº DO BOLETIM

36 - Nº DO BOLETIM

37 - Nº DO BOLETIM

38 - Nº DO BOLETIM

39 - Nº DO BOLETIM

40 - Nº DO BOLETIM

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - CÓDIGO DE EMISSÃO

43 - DOCUMENTO

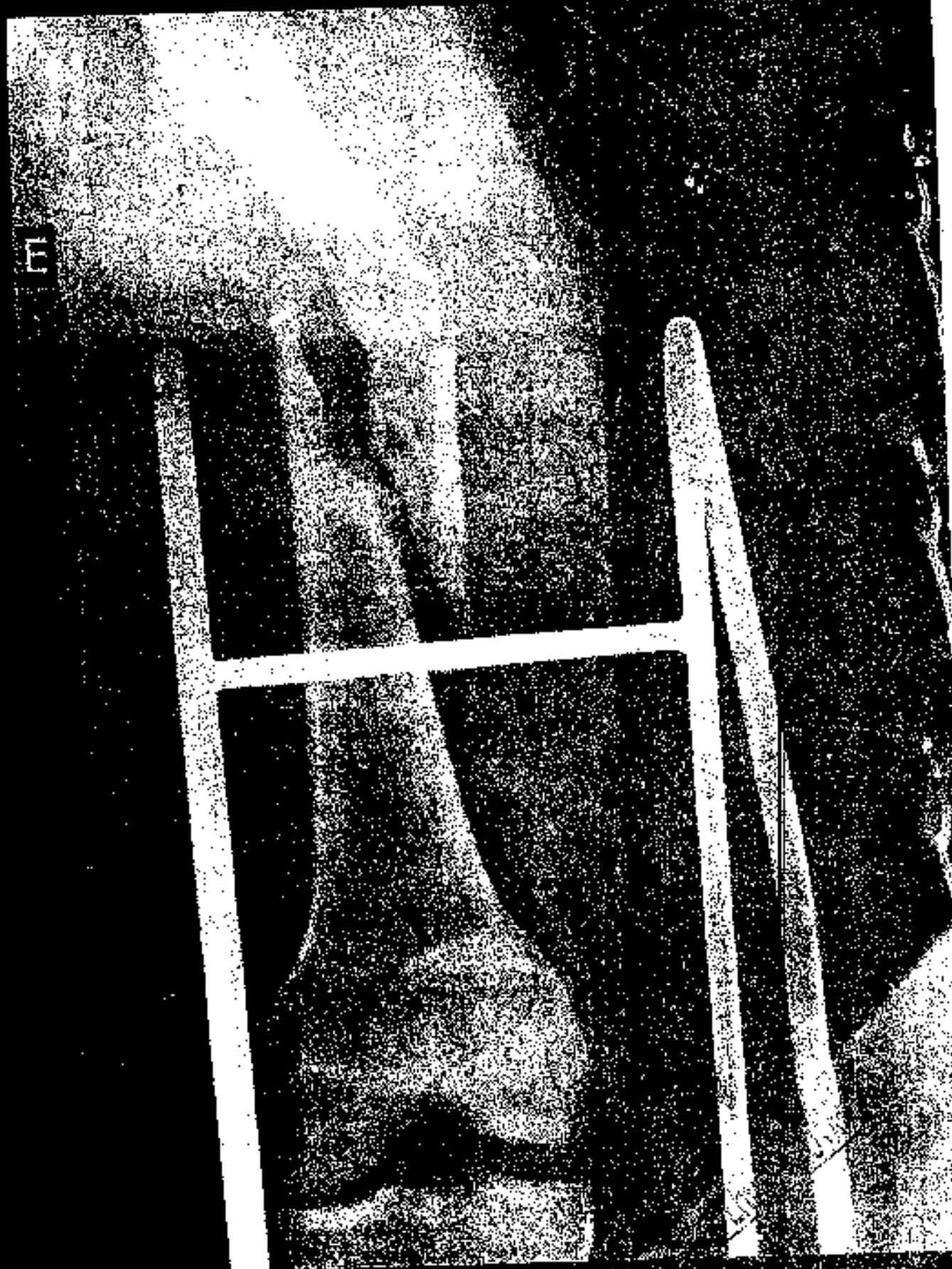
44 - Nº DO DOCUMENTO (Nº DO PROJETO DE TRABALHO)

45 - Nº DO DOCUMENTO

46 - Nº DO DOCUMENTO

47 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO





LUIZ FOLYPE SANTANA VARELA
HOSPITAL DAS CLINICAS

ID: 2091

Data: 22/11/2019

MARLETO 319

Ima 5111

58

Alta 27/01/2020

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	---------------------------	---

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CYES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCUTANTE

4 - CYES

BLOCO E

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO REGISTRO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DO CONTATO

12 - ENDERECO (RUA, Nº, PAÍS)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CIDADE

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE LEVAM À INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS OFICIAIS E INVESTIGAÇÕES)

20 - DIAGNÓSTICO NÍVEL

21 - CID INTERNACIONAL

22 - CID DO SECUNDÁRIO

23 - CID DO CAUSAS ASSOCIADAS

24 - CID DO CAUSAS ASSOCIADAS

RECIBO DE ENTREGA DO LAUDO
Av. Eng. Leônidas de Faria, 5711
Nova Maré - RJ - CEP: 211-0000
AUTENTICAÇÃO

[Assinatura]

Carimbo: 27/01/2020

Carimbo: 27/01/2020

Carimbo: 27/01/2020

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CID DO PROCEDIMENTO

27 - NOME DO PROCEDIMENTO

28 - CID DO PROCEDIMENTO

29 - NOME DO PROCEDIMENTO

30 - CID DO PROCEDIMENTO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO

32 - CID DO PROCEDIMENTO

33 - NOME DO PROCEDIMENTO

34 - CID DO PROCEDIMENTO

35 - NOME DO PROCEDIMENTO

36 - CID DO PROCEDIMENTO

37 - NOME DO PROCEDIMENTO

38 - CID DO PROCEDIMENTO

39 - NOME DO PROCEDIMENTO

40 - CID DO PROCEDIMENTO

41 - NOME DO PROCEDIMENTO

42 - CID DO PROCEDIMENTO

43 - NOME DO PROCEDIMENTO

44 - CID DO PROCEDIMENTO

45 - NOME DO PROCEDIMENTO

46 - CID DO PROCEDIMENTO

47 - NOME DO PROCEDIMENTO

48 - CID DO PROCEDIMENTO

49 - NOME DO PROCEDIMENTO

50 - CID DO PROCEDIMENTO

51 - NOME DO PROCEDIMENTO

52 - CID DO PROCEDIMENTO

53 - NOME DO PROCEDIMENTO

54 - CID DO PROCEDIMENTO

55 - NOME DO PROCEDIMENTO

56 - CID DO PROCEDIMENTO

57 - NOME DO PROCEDIMENTO

58 - CID DO PROCEDIMENTO

59 - NOME DO PROCEDIMENTO

60 - CID DO PROCEDIMENTO

61 - NOME DO PROCEDIMENTO

62 - CID DO PROCEDIMENTO

63 - NOME DO PROCEDIMENTO

64 - CID DO PROCEDIMENTO

65 - NOME DO PROCEDIMENTO

66 - CID DO PROCEDIMENTO

67 - NOME DO PROCEDIMENTO

68 - CID DO PROCEDIMENTO

69 - NOME DO PROCEDIMENTO

70 - CID DO PROCEDIMENTO

71 - NOME DO PROCEDIMENTO

72 - CID DO PROCEDIMENTO

73 - NOME DO PROCEDIMENTO

74 - CID DO PROCEDIMENTO

75 - NOME DO PROCEDIMENTO

76 - CID DO PROCEDIMENTO

77 - NOME DO PROCEDIMENTO

78 - CID DO PROCEDIMENTO

79 - NOME DO PROCEDIMENTO

80 - CID DO PROCEDIMENTO

81 - NOME DO PROCEDIMENTO

82 - CID DO PROCEDIMENTO

83 - NOME DO PROCEDIMENTO

84 - CID DO PROCEDIMENTO

85 - NOME DO PROCEDIMENTO

86 - CID DO PROCEDIMENTO

87 - NOME DO PROCEDIMENTO

88 - CID DO PROCEDIMENTO

89 - NOME DO PROCEDIMENTO

90 - CID DO PROCEDIMENTO

91 - NOME DO PROCEDIMENTO

92 - CID DO PROCEDIMENTO

93 - NOME DO PROCEDIMENTO

94 - CID DO PROCEDIMENTO

95 - NOME DO PROCEDIMENTO

96 - CID DO PROCEDIMENTO

97 - NOME DO PROCEDIMENTO

98 - CID DO PROCEDIMENTO

99 - NOME DO PROCEDIMENTO

100 - CID DO PROCEDIMENTO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - AGENTE DE TRÂNSITO

40 - AGENTE DE TRABALHO

41 - AGENTE DE TRÂNSITO

42 - AGENTE DE TRÂNSITO

43 - AGENTE DE TRÂNSITO

44 - AGENTE DE TRÂNSITO

45 - AGENTE DE TRÂNSITO

46 - AGENTE DE TRÂNSITO

47 - AGENTE DE TRÂNSITO

48 - AGENTE DE TRÂNSITO

49 - AGENTE DE TRÂNSITO

50 - AGENTE DE TRÂNSITO

51 - AGENTE DE TRÂNSITO

52 - AGENTE DE TRÂNSITO

53 - AGENTE DE TRÂNSITO

54 - AGENTE DE TRÂNSITO

55 - AGENTE DE TRÂNSITO

56 - AGENTE DE TRÂNSITO

57 - AGENTE DE TRÂNSITO

58 - AGENTE DE TRÂNSITO

59 - AGENTE DE TRÂNSITO

60 - AGENTE DE TRÂNSITO

61 - AGENTE DE TRÂNSITO

62 - AGENTE DE TRÂNSITO

63 - AGENTE DE TRÂNSITO

64 - AGENTE DE TRÂNSITO

65 - AGENTE DE TRÂNSITO

66 - AGENTE DE TRÂNSITO

67 - AGENTE DE TRÂNSITO

68 - AGENTE DE TRÂNSITO

69 - AGENTE DE TRÂNSITO

70 - AGENTE DE TRÂNSITO

71 - AGENTE DE TRÂNSITO

72 - AGENTE DE TRÂNSITO

73 - AGENTE DE TRÂNSITO

74 - AGENTE DE TRÂNSITO

75 - AGENTE DE TRÂNSITO

76 - AGENTE DE TRÂNSITO

77 - AGENTE DE TRÂNSITO

78 - AGENTE DE TRÂNSITO

79 - AGENTE DE TRÂNSITO

80 - AGENTE DE TRÂNSITO

81 - AGENTE DE TRÂNSITO

82 - AGENTE DE TRÂNSITO

83 - AGENTE DE TRÂNSITO

84 - AGENTE DE TRÂNSITO

85 - AGENTE DE TRÂNSITO

86 - AGENTE DE TRÂNSITO

87 - AGENTE DE TRÂNSITO

88 - AGENTE DE TRÂNSITO

89 - AGENTE DE TRÂNSITO

90 - AGENTE DE TRÂNSITO

91 - AGENTE DE TRÂNSITO

92 - AGENTE DE TRÂNSITO

93 - AGENTE DE TRÂNSITO

94 - AGENTE DE TRÂNSITO

95 - AGENTE DE TRÂNSITO

96 - AGENTE DE TRÂNSITO

97 - AGENTE DE TRÂNSITO

98 - AGENTE DE TRÂNSITO

99 - AGENTE DE TRÂNSITO

100 - AGENTE DE TRÂNSITO

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - Nº DO ORÇÃO

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

44 - Nº DO ORÇÃO

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

46 - Nº DO ORÇÃO

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

48 - Nº DO ORÇÃO

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

50 - Nº DO ORÇÃO

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

52 - Nº DO ORÇÃO

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

54 - Nº DO ORÇÃO

55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

56 - Nº DO ORÇÃO

57 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

58 - Nº DO ORÇÃO

59 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

60 - Nº DO ORÇÃO

61 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

62 - Nº DO ORÇÃO

63 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

64 - Nº DO ORÇÃO

65 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

66 - Nº DO ORÇÃO

67 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

68 - Nº DO ORÇÃO

69 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

70 - Nº DO ORÇÃO

71 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

72 - Nº DO ORÇÃO

73 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

74 - Nº DO ORÇÃO

75 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

76 - Nº DO ORÇÃO

77 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

78 - Nº DO ORÇÃO

79 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

80 - Nº DO ORÇÃO

81 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

82 - Nº DO ORÇÃO

83 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

84 - Nº DO ORÇÃO

85 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

86 - Nº DO ORÇÃO

87 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

88 - Nº DO ORÇÃO

89 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

90 - Nº DO ORÇÃO

91 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

92 - Nº DO ORÇÃO

93 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

94 - Nº DO ORÇÃO

95 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

96 - Nº DO ORÇÃO

97 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

98 - Nº DO ORÇÃO

99 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

100 - Nº DO ORÇÃO



BOLETIM OPERATÓRIO

Luiz Felipe Souza Vasula

Data: 24/01/2010 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Síndrome de Dupuytren Difícil acesso ao punho (E)
 INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Liberação de punho + Curativo de ferida
 TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
 MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
 DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Marcelo Lima 1º AUXILIAR: Dr. Elder
 2º AUXILIAR: Dr. Fernando R. INSTRUMENTADORA: _____
 3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
 ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
 INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente com DDI na região anterior,
 2. AA + CCE
 3. Incisão alongitudinal em cava (E) + de pulso por flexão
 do lado posterior + redução cava + colocação de placa
 DDI 12 angulação + parafuso + sutura de curativo com
 de falha anterior de cava lateral + sutura em local
 posterior + sutura por flexão + amputação
 4. A RPA

Dr. Elder Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 12.286/68

CONSELHO GERAL DE PERNAMBUCO
 Av. Prof. Fernando Gomes, 570
 Nova Hambr. Tel: 3211-0620
 ATENTÇÃO
 28 FEV 2010
 Cad. de Reg. de Prof. e Serv. de
 Reg. de Prof. e Serv. de Reg. de Prof. e Serv. de

Form with multiple sections including headers, a barcode, and a large table. The form contains various fields for data entry and a signature area at the bottom.

Section 1: Headers and Identification

At the top right, there is a box containing the text: **Nº 000.000.134**
Série 001

Section 2: Barcode and Identification

Below the header, there is a barcode. To its left, the text **DANFE** is visible. Below the barcode, there is a box containing the text: **Nº 000.000.134**
Série 001
Folha 2/1

Section 3: Table

The main body of the form is a large table with multiple columns. The columns are labeled with various codes and numbers. The table contains several rows of data, including numerical values and text. The table is organized into a grid structure with multiple columns and rows.

Section 4: Signature and Stamp

At the bottom of the form, there is a signature area. It includes a handwritten signature and a stamp. The stamp contains the text: **NOVO PLANO**
05/10/2019
05/10/2019





NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Adriana F. Pereira	2500	176508	28 / 01 / 2020

TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
		INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
Estudo	Trabalho de Superfície Final - Finais	08:30	10:15	

PAQUETE + Bateria + Instrumentos	EQUIPE MÉDICA	
CHUVEIRO	ANESTESISTA	D ^r . Roberto + D ^a . J. Lourenço
Oxímetro Pulsa	RES. ANESTESIA	
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	

RODOLFO		
ALFONSO	CIRCULANTE	10/10/1950

TEMPO DE ANESTESIA: <u>10 min</u>	TEMPO DE DURAÇÃO: <u>10 min</u>
-----------------------------------	---------------------------------

[illegible]

MATERIAIS E SERVIÇOS CONSUMIDOS EM SALA	DEBITAR NA CL DO PACIENTE	VALOR
LEITURAS - VISTOS DOS RESPONSAVEIS		

NS FARMACIA/OTRO	INTERVENCIÓN CHIRURGICA	TOTAL FARMACUTICOS	
			SUB-TOTAL
FUNCIONARIO/OTROS	INTERVENCIÓN DESATADA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
			SOMM
ENVIAR ESTE FORMULARIO A CONTABILIDAD			



ANTES DA INDICAÇÃO ANESTÉSICA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDICAÇÃO

Assistente: marcelo

Nome: Luiz Felipe Sampaio Vilela
Responsável Cirúrgico: Dr. Marcelo Alderson

ENTRADA: (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMADO:

☒ Identidade

☒ Site Cirúrgico

☒ Procedimento

Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍMPTOMAS

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AEREA DIFÍCIL, RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

☒ Sim, e equipe médica/sistema disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☐ Não

☒ Sim, e acesso cardiovascular adequado e planejamento
para fluidos

Data: 05/05/2020

Paulo Roberto Silva
Assistente

Hora: 08:00

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA

EQUIPE SE ASENTARÃO PELO NOME E

ALMOÇO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIA, ANESTESISTA E ENFERMEIRO

CONFIRMAR VERBAMENTE:

☒ Identificação do paciente

☒ Site cirúrgico

☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRÚRGICO:

Quais são as etapas críticas ou incorpóreas, duração da
operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Ha alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, no uso instrumental, próteses e
outros estão presentes e dentro da validade do
esterilização (incluindo resultado do feedback). Há
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer
preocupações.

A PROFILOXIA ANTITROMBÓTICA POR

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 DIAS?

☐ Não se aplica

☒ Sim

Qual: aspirina 75mg Hora: 08:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE

OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO

REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTINGÊNCIAS DE INSTRUMENTOS

CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS

ESTÃO CORRETAS

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA

PATOLOGICA ESTÁ IDENTIFICADA

(INCLINDO O NOME DO PACIENTE)

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO

PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

4- O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA, O NÍVEL A

EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM

PROFUNDIDADES ESSENCIAIS PARA A

REGISTRAÇÃO E O MANEJO DESSE PACIENTE

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Guilherme Silva - 97311 700
Assistente e Cirurgião

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Santana Vitor		601-3	
AGNOSTIC					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	25.01.2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manter
3	SF 0.9% 500ML EV 12/12H				10:20
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				10:20
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				10:20
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SND
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				10:20
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SND
10	CLINDAMISINA 600MG EV DU VO 8/8H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTORRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E DU PAD > 110 MMHG				
13	SSV + CCGG 3/3 H				Retirar
14	CURATIVO DIÁRIO				Retirar
15	Utinolano 2g EV 12/12H				10:20
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SQ), CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10 UI E QU GLICOSE > 70
 DUML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANSIEDOSO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOGLICO, HIDRATADO.
 # SOLICITAÇÃO: RX: # CONDIÇÃO: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	90x60	122	16.5°C
24 H	90x60	120	36.4°C

MÉDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

26/01/2020 06:00 PA 122/77 mmHg FC=105 T=35.5°C

12.10 Realizar paciente pós-operatório na região / e mm. Aguarde
 em observação e aos cuidados da equipe.

15-15- Acompanhar paciente que apresenta dor intensa no
 membro inferior. Informado ao enfermeiro plantonista.
 16.11. Medica realizou troca de curativo selado, glo. foi
 Satisfatório

Completar
 Ciente
 12.15
 16.10

Dr. Fernando Rezende
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 2007



HIGERTRAC'S CLINICS DR. WILLSON FRANK ROBB

[illegible]

There is considerable sympathy with such action over the future.

Horário	05h	12h	18h	24h
PA	15700	15700	150400	100723
MO	72	10	72	76
Taxa			50	
MB				
Frequência				
Tempo				

UNIDADE: HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Wagner Roberto Santos Vieira

BLOCO: 4.13 FOLIO: 4.13

De: Clínica Médica

Para: Ortopedia

Paciente masculino, com queixa de dor no
ombro direito, agravada ao fazer movimentos
de abdução e rotação externa (ver anexos).
Exame físico normal.

OP. C. 1.1.1.1.

Data:



MEDICO

1. O paciente apresenta dor no ombro direito, agravada ao fazer movimentos de abdução e rotação externa (ver anexos). Exame físico normal.

2. O paciente apresenta dor no ombro direito, agravada ao fazer movimentos de abdução e rotação externa (ver anexos). Exame físico normal.

3. O paciente apresenta dor no ombro direito, agravada ao fazer movimentos de abdução e rotação externa (ver anexos). Exame físico normal.

4. O paciente apresenta dor no ombro direito, agravada ao fazer movimentos de abdução e rotação externa (ver anexos). Exame físico normal.

5. O paciente apresenta dor no ombro direito, agravada ao fazer movimentos de abdução e rotação externa (ver anexos). Exame físico normal.

6. O paciente apresenta dor no ombro direito, agravada ao fazer movimentos de abdução e rotação externa (ver anexos). Exame físico normal.

7. O paciente apresenta dor no ombro direito, agravada ao fazer movimentos de abdução e rotação externa (ver anexos). Exame físico normal.

8. O paciente apresenta dor no ombro direito, agravada ao fazer movimentos de abdução e rotação externa (ver anexos). Exame físico normal.

9. O paciente apresenta dor no ombro direito, agravada ao fazer movimentos de abdução e rotação externa (ver anexos). Exame físico normal.

10. O paciente apresenta dor no ombro direito, agravada ao fazer movimentos de abdução e rotação externa (ver anexos). Exame físico normal.

Data:

Assinatura do Médico

MEDICO

HOSPITAL GERAL DE BOMASIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE BOMASIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	01/11/2011	DI	01
PACIENTE	[Handwritten Name]		
CRONOLÓGICO	[Handwritten Date]		
CLASSE	HAS	NEGA	DM2
USOS	CEITO	DM1A	22/10/2011
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORARIO
1	DIETA GERAL LIVRE		
2	ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS		
3	SE 0,9% 500ML EV 3X		
4	DIFERENÇA 500ML EV 3X		
5	OPIÓIDE 40MG EV 1X		
6	FRANALISONA 25MG 3X 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
7	NÁUSEA 10MG 3X 100ML EV CASO NÃO TENHA O ITEM 1		
8	SINETICONA 30TAS 20 GOTAS VO DE 8/8h		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG 3X 8/8h 3X		
10	CLINDAMICINA 500MG EV OU VO 6/8h		
11	DIPROFLOXACINA 100MG EV OU 500MG VO 12/12h		
12	GANTERPRIL 75MG VO 3X CASO > 140/90 OU PAS > 110/70MMHG		
13	ASSV 100MG 8/8h		
14	CURATIVO LIA 3X		
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

SE O PRECISO COLOCAR OBRIGATORIAMENTE REGULARIZADO CONFORME NORMAS
DEBEMOS 20/11/2011 300 ML 301-303 500 ML 304-305 500 ML 306-307 500 ML 308-309 500 ML 310-311 500 ML 312-313 500 ML 314-315 500 ML 316-317 500 ML 318-319 500 ML 320-321 500 ML 322-323 500 ML 324-325 500 ML 326-327 500 ML 328-329 500 ML 330-331 500 ML 332-333 500 ML 334-335 500 ML 336-337 500 ML 338-339 500 ML 340-341 500 ML 342-343 500 ML 344-345 500 ML 346-347 500 ML 348-349 500 ML 350-351 500 ML 352-353 500 ML 354-355 500 ML 356-357 500 ML 358-359 500 ML 360-361 500 ML 362-363 500 ML 364-365 500 ML 366-367 500 ML 368-369 500 ML 370-371 500 ML 372-373 500 ML 374-375 500 ML 376-377 500 ML 378-379 500 ML 380-381 500 ML 382-383 500 ML 384-385 500 ML 386-387 500 ML 388-389 500 ML 390-391 500 ML 392-393 500 ML 394-395 500 ML 396-397 500 ML 398-399 500 ML 400-401 500 ML 402-403 500 ML 404-405 500 ML 406-407 500 ML 408-409 500 ML 410-411 500 ML 412-413 500 ML 414-415 500 ML 416-417 500 ML 418-419 500 ML 420-421 500 ML 422-423 500 ML 424-425 500 ML 426-427 500 ML 428-429 500 ML 430-431 500 ML 432-433 500 ML 434-435 500 ML 436-437 500 ML 438-439 500 ML 440-441 500 ML 442-443 500 ML 444-445 500 ML 446-447 500 ML 448-449 500 ML 450-451 500 ML 452-453 500 ML 454-455 500 ML 456-457 500 ML 458-459 500 ML 460-461 500 ML 462-463 500 ML 464-465 500 ML 466-467 500 ML 468-469 500 ML 470-471 500 ML 472-473 500 ML 474-475 500 ML 476-477 500 ML 478-479 500 ML 480-481 500 ML 482-483 500 ML 484-485 500 ML 486-487 500 ML 488-489 500 ML 490-491 500 ML 492-493 500 ML 494-495 500 ML 496-497 500 ML 498-499 500 ML 500-501 500 ML 502-503 500 ML 504-505 500 ML 506-507 500 ML 508-509 500 ML 510-511 500 ML 512-513 500 ML 514-515 500 ML 516-517 500 ML 518-519 500 ML 520-521 500 ML 522-523 500 ML 524-525 500 ML 526-527 500 ML 528-529 500 ML 530-531 500 ML 532-533 500 ML 534-535 500 ML 536-537 500 ML 538-539 500 ML 540-541 500 ML 542-543 500 ML 544-545 500 ML 546-547 500 ML 548-549 500 ML 550-551 500 ML 552-553 500 ML 554-555 500 ML 556-557 500 ML 558-559 500 ML 560-561 500 ML 562-563 500 ML 564-565 500 ML 566-567 500 ML 568-569 500 ML 570-571 500 ML 572-573 500 ML 574-575 500 ML 576-577 500 ML 578-579 500 ML 580-581 500 ML 582-583 500 ML 584-585 500 ML 586-587 500 ML 588-589 500 ML 590-591 500 ML 592-593 500 ML 594-595 500 ML 596-597 500 ML 598-599 500 ML 600-601 500 ML 602-603 500 ML 604-605 500 ML 606-607 500 ML 608-609 500 ML 610-611 500 ML 612-613 500 ML 614-615 500 ML 616-617 500 ML 618-619 500 ML 620-621 500 ML 622-623 500 ML 624-625 500 ML 626-627 500 ML 628-629 500 ML 630-631 500 ML 632-633 500 ML 634-635 500 ML 636-637 500 ML 638-639 500 ML 640-641 500 ML 642-643 500 ML 644-645 500 ML 646-647 500 ML 648-649 500 ML 650-651 500 ML 652-653 500 ML 654-655 500 ML 656-657 500 ML 658-659 500 ML 660-661 500 ML 662-663 500 ML 664-665 500 ML 666-667 500 ML 668-669 500 ML 670-671 500 ML 672-673 500 ML 674-675 500 ML 676-677 500 ML 678-679 500 ML 680-681 500 ML 682-683 500 ML 684-685 500 ML 686-687 500 ML 688-689 500 ML 690-691 500 ML 692-693 500 ML 694-695 500 ML 696-697 500 ML 698-699 500 ML 700-701 500 ML 702-703 500 ML 704-705 500 ML 706-707 500 ML 708-709 500 ML 710-711 500 ML 712-713 500 ML 714-715 500 ML 716-717 500 ML 718-719 500 ML 720-721 500 ML 722-723 500 ML 724-725 500 ML 726-727 500 ML 728-729 500 ML 730-731 500 ML 732-733 500 ML 734-735 500 ML 736-737 500 ML 738-739 500 ML 740-741 500 ML 742-743 500 ML 744-745 500 ML 746-747 500 ML 748-749 500 ML 750-751 500 ML 752-753 500 ML 754-755 500 ML 756-757 500 ML 758-759 500 ML 760-761 500 ML 762-763 500 ML 764-765 500 ML 766-767 500 ML 768-769 500 ML 770-771 500 ML 772-773 500 ML 774-775 500 ML 776-777 500 ML 778-779 500 ML 780-781 500 ML 782-783 500 ML 784-785 500 ML 786-787 500 ML 788-789 500 ML 790-791 500 ML 792-793 500 ML 794-795 500 ML 796-797 500 ML 798-799 500 ML 800-801 500 ML 802-803 500 ML 804-805 500 ML 806-807 500 ML 808-809 500 ML 810-811 500 ML 812-813 500 ML 814-815 500 ML 816-817 500 ML 818-819 500 ML 820-821 500 ML 822-823 500 ML 824-825 500 ML 826-827 500 ML 828-829 500 ML 830-831 500 ML 832-833 500 ML 834-835 500 ML 836-837 500 ML 838-839 500 ML 840-841 500 ML 842-843 500 ML 844-845 500 ML 846-847 500 ML 848-849 500 ML 850-851 500 ML 852-853 500 ML 854-855 500 ML 856-857 500 ML 858-859 500 ML 860-861 500 ML 862-863 500 ML 864-865 500 ML 866-867 500 ML 868-869 500 ML 870-871 500 ML 872-873 500 ML 874-875 500 ML 876-877 500 ML 878-879 500 ML 880-881 500 ML 882-883 500 ML 884-885 500 ML 886-887 500 ML 888-889 500 ML 890-891 500 ML 892-893 500 ML 894-895 500 ML 896-897 500 ML 898-899 500 ML 900-901 500 ML 902-903 500 ML 904-905 500 ML 906-907 500 ML 908-909 500 ML 910-911 500 ML 912-913 500 ML 914-915 500 ML 916-917 500 ML 918-919 500 ML 920-921 500 ML 922-923 500 ML 924-925 500 ML 926-927 500 ML 928-929 500 ML 930-931 500 ML 932-933 500 ML 934-935 500 ML 936-937 500 ML 938-939 500 ML 940-941 500 ML 942-943 500 ML 944-945 500 ML 946-947 500 ML 948-949 500 ML 950-951 500 ML 952-953 500 ML 954-955 500 ML 956-957 500 ML 958-959 500 ML 960-961 500 ML 962-963 500 ML 964-965 500 ML 966-967 500 ML 968-969 500 ML 970-971 500 ML 972-973 500 ML 974-975 500 ML 976-977 500 ML 978-979 500 ML 980-981 500 ML 982-983 500 ML 984-985 500 ML 986-987 500 ML 988-989 500 ML 990-991 500 ML 992-993 500 ML 994-995 500 ML 996-997 500 ML 998-999 500 ML 1000-1001 500 ML 1002-1003 500 ML 1004-1005 500 ML 1006-1007 500 ML 1008-1009 500 ML 1010-1011 500 ML 1012-1013 500 ML 1014-1015 500 ML 1016-1017 500 ML 1018-1019 500 ML 1020-1021 500 ML 1022-1023 500 ML 1024-1025 500 ML 1026-1027 500 ML 1028-1029 500 ML 1030-1031 500 ML 1032-1033 500 ML 1034-1035 500 ML 1036-1037 500 ML 1038-1039 500 ML 1040-1041 500 ML 1042-1043 500 ML 1044-1045 500 ML 1046-1047 500 ML 1048-1049 500 ML 1050-1051 500 ML 1052-1053 500 ML 1054-1055 500 ML 1056-1057 500 ML 1058-1059 500 ML 1060-1061 500 ML 1062-1063 500 ML 1064-1065 500 ML 1066-1067 500 ML 1068-1069 500 ML 1070-1071 500 ML 1072-1073 500 ML 1074-1075 500 ML 1076-1077 500 ML 1078-1079 500 ML 1080-1081 500 ML 1082-1083 500 ML 1084-1085 500 ML 1086-1087 500 ML 1088-1089 500 ML 1090-1091 500 ML 1092-1093 500 ML 1094-1095 500 ML 1096-1097 500 ML 1098-1099 500 ML 1100-1101 500 ML 1102-1103 500 ML 1104-1105 500 ML 1106-1107 500 ML 1108-1109 500 ML 1110-1111 500 ML 1112-1113 500 ML 1114-1115 500 ML 1116-1117 500 ML 1118-1119 500 ML 1120-1121 500 ML 1122-1123 500 ML 1124-1125 500 ML 1126-1127 500 ML 1128-1129 500 ML 1130-1131 500 ML 1132-1133 500 ML 1134-1135 500 ML 1136-1137 500 ML 1138-1139 500 ML 1140-1141 500 ML 1142-1143 500 ML 1144-1145 500 ML 1146-1147 500 ML 1148-1149 500 ML 1150-1151 500 ML 1152-1153 500 ML 1154-1155 500 ML 1156-1157 500 ML 1158-1159 500 ML 1160-1161 500 ML 1162-1163 500 ML 1164-1165 500 ML 1166-1167 500 ML 1168-1169 500 ML 1170-1171 500 ML 1172-1173 500 ML 1174-1175 500 ML 1176-1177 500 ML 1178-1179 500 ML 1180-1181 500 ML 1182-1183 500 ML 1184-1185 500 ML 1186-1187 500 ML 1188-1189 500 ML 1190-1191 500 ML 1192-1193 500 ML 1194-1195 500 ML 1196-1197 500 ML 1198-1199 500 ML 1200-1201 500 ML 1202-1203 500 ML 1204-1205 500 ML 1206-1207 500 ML 1208-1209 500 ML 1210-1211 500 ML 1212-1213 500 ML 1214-1215 500 ML 1216-1217 500 ML 1218-1219 500 ML 1220-1221 500 ML 1222-1223 500 ML 1224-1225 500 ML 1226-1227 500 ML 1228-1229 500 ML 1230-1231 500 ML 1232-1233 500 ML 1234-1235 500 ML 1236-1237 500 ML 1238-1239 500 ML 1240-1241 500 ML 1242-1243 500 ML 1244-1245 500 ML 1246-1247 500 ML 1248-1249 500 ML 1250-1251 500 ML 1252-1253 500 ML 1254-1255 500 ML 1256-1257 500 ML 1258-1259 500 ML 1260-1261 500 ML 1262-1263 500 ML 1264-1265 500 ML 1266-1267 500 ML 1268-1269 500 ML 1270-1271 500 ML 1272-1273 500 ML 1274-1275 500 ML 1276-1277 500 ML 1278-1279 500 ML 1280-1281 500 ML 1282-1283 500 ML 1284-1285 500 ML 1286-1287 500 ML 1288-1289 500 ML 1290-1291 500 ML 1292-1293 500 ML 1294-1295 500 ML 1296-1297 500 ML 1298-1299 500 ML 1300-1301 500 ML 1302-1303 500 ML 1304-1305 500 ML 1306-1307 500 ML 1308-1309 500 ML 1310-1311 500 ML 1312-1313 500 ML 1314-1315 500 ML 1316-1317 500 ML 1318-1319 500 ML 1320-1321 500 ML 1322-1323 500 ML 1324-1325 500 ML 1326-1327 500 ML 1328-1329 500 ML 1330-1331 500 ML 1332-1333 500 ML 1334-1335 500 ML 1336-1337 500 ML 1338-1339 500 ML 1340-1341 500 ML 1342-1343 500 ML 1344-1345 500 ML 1346-1347 500 ML 1348-1349 500 ML 1350-1351 500 ML 1352-1353 500 ML 1354-1355 500 ML 1356-1357 500 ML 1358-1359 500 ML 1360-1361 500 ML 1362-1363 500 ML 1364-1365 500 ML 1366-1367 500 ML 1368-1369 500 ML 1370-1371 500 ML 1372-1373 500 ML 1374-1375 500 ML 1376-1377 500 ML 1378-1379 500 ML 1380-1381 500 ML 1382-1383 500 ML 1384-1385 500 ML 1386-1387 500 ML 1388-1389 500 ML 1390-1391 500 ML 1392-1393 500 ML 1394-1395 500 ML 1396-1397 500 ML 1398-1399 500 ML 1400-1401 500 ML 1402-1403 500 ML 1404-1405 500 ML 1406-1407 500 ML 1408-1409 500 ML 1410-1411 500 ML 1412-1413 500 ML 1414-1415 500 ML 1416-1417 500 ML 1418-1419 500 ML 1420-1421 500 ML 1422-1423 500 ML 1424-1425 500 ML 1426-1427 500 ML 1428-1429 500 ML 1430-1431 500 ML 1432-1433 500 ML 1434-1435 500 ML 1436-1437 500 ML 1438-1439 500 ML 1440-1441 500 ML 1442-1443 500 ML 1444-1445 500 ML 1446-1447 500 ML 1448-1449 500 ML 1450-1451 500 ML 1452-1453 500 ML 1454-1455 500 ML 1456-1457 500 ML 1458-1459 500 ML 1460-1461 500 ML 1462-1463 500 ML 1464-1465 500 ML 1466-1467 500 ML 1468-1469 500 ML 1470-1471 500 ML 1472-1473 500 ML 1474-1475 500 ML 1476-1477 500 ML 1478-1479 500 ML 1480-1481 500 ML 1482-1483 500 ML 1484-1485 500 ML 1486-1487 500 ML 1488-1489 500 ML 1490-1491 500 ML 1492-1493 500 ML 1494-1495 500 ML 1496-1497 500 ML 1498-1499 500 ML 1500-1501 500 ML 1502-1503 500 ML 1504-1505 500 ML 1506-1507 500 ML 1508-1509 500 ML 1510-1511 500 ML 1512-1513 500 ML 1514-1515 500 ML 1516-1517 500 ML 1518-1519 500 ML 1520-1521 500 ML 1522-1523 500 ML 1524-1525 500 ML 1526-1527 500 ML 1528-1529 500 ML 1530-1531 500 ML 1532-1533 500 ML 1534-1535 500 ML 1536-1537 500 ML 1538-1539 500 ML 1540-1541 500 ML 1542-1543 500 ML 1544-1545 500 ML 1546-1547 500 ML 1548-1549 500 ML 1550-1551 500 ML 1552-1553 500 ML 1554-1555 500 ML 1556-1557 500 ML 1558-1559 500 ML 1560-1561 500 ML 1562-1563 500 ML 1564-1565 500 ML 1566-1567 500 ML 1568-1569 500 ML 1570-1571 500 ML 1572-1573 500 ML 1574-1575 500 ML 1576-1577 500 ML 1578-1579 500 ML 1580-1581 500 ML 1582-1583 500 ML 1584-1585 500 ML 1586-1587 500 ML 1588-1589 500 ML 1590-1591 500 ML 1592-1593 500 ML 1594-1595 500 ML 1596-1597 500 ML 1598-1599 500 ML 1600-1601 500 ML 1602-1603 500 ML 1604-1605 500 ML 1606-1607 500 ML 1608-1609 500 ML 1610-1611 500 ML 1612-1613 500 ML 1614-1615 500 ML 1616-1617 500 ML 1618-1619 500 ML 1620-1621 500 ML 1622-1623 500 ML 1624-1625 500 ML 1626-1627 500 ML 1628-1629 500 ML 1630-1631 500 ML 1632-1633 500 ML 1634-1635 500 ML 1636-1637 500 ML 1638-1639 500 ML 1640-1641 500 ML 1642-1643 500 ML 1644-1645 500 ML 1646-1647 500 ML 1648-1649 500 ML 1650-1651 500 ML 1652-1653 500 ML 1654-1655 500 ML 1656-1657 500 ML 1658-1659 500 ML 1660-1661 500 ML 1662-1663 500 ML 1664-1665 500 ML 1666-1667 500 ML 1668-1669 500 ML 1670-1671 500 ML 1672-1673 500 ML 1674-1675 500 ML 1676-1677 500 ML 1678-1679 500 ML 1680-1681 500 ML 1682-1683 500 ML 1684-1685 500 ML 1686-1687 500 ML 1688-1689 500 ML 1690-1691 500 ML 1692-1693 500 ML 1694-1695 500 ML 1696-1697 500 ML 1698-1699 500 ML 1700-1701 500 ML 1702-1703 500 ML 1704-1705 500 ML 1706-1707 500 ML 1708-1709 500 ML 1710-1711 500 ML 1712-1713 500 ML 1714-1715 500 ML 1716-1717 500 ML 1718-1719 500 ML 1720-1721 500 ML 1722-1723 500 ML 1724-1725 500 ML 1726-1727 500 ML 1728-1729 500 ML 1730-1731 500 ML 1732-1733 500 ML 1734-1735 500 ML 1736-1737 500 ML 1738-1739 500 ML 1740-1741 500 ML 1742-1743 500 ML 1744-1745 500 ML 1746-1747 500 ML 1748-1749 500 ML 1750-1751 500 ML 1752-1753 500 ML 1754-1755 500 ML 1756-1757 500 ML 1758-1759 500 ML 1760-1761 500 ML 1762-1763 500 ML 1764-1765 500 ML 1766-1767 500 ML 1768-1769 500 ML 1770-1771 500 ML 1772-1773 500 ML 1774-1775 500 ML 1776-1777 500 ML 1778-1779 500 ML 1780-1781 500 ML 1782-1783 500 ML 1784-1785 500 ML 1786-1787 500 ML 1788-1789 500 ML 1790-1791 500 ML 1792-1793 500 ML 1794-1795 500 ML 1796-1797 500 ML 1798-1799 500 ML 1800-1801 500 ML 1802-1803 500 ML 1804-1805 500 ML 1806-1807 500 ML 1808-1809 500 ML 1810-1811 500 ML 1812-1813 500 ML 1814-1815 500 ML 1816-1817 500 ML 1818-1819 500 ML 1820-1821 500 ML 1822-1823 500 ML 1824-1825 500 ML 1826-1827 500 ML 1828-1829 500 ML 1830-1831 500 ML 1832-1833 500 ML 1834-1835 500 ML 1836-1837 500 ML 1838-1839 500 ML 1840-1841 500 ML 1842-1843 500 ML 1844-1845 500 ML 1846-1847 500 ML 1848-1849 500 ML 1850-1851 500 ML 1852-1853 500 ML 1854-1855 500 ML 1856-1857 500 ML 1858-1859 500 ML 1860-1861 500 ML 1862-1863 500 ML 1864-1865 500 ML 1866-18

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

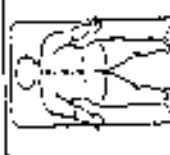
Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente: LUIZ FELIPE SANTANA

Leito: 603-3

Data: 27/01/2020

Localização		Região: <u>FLANCO E</u>		Região: <u>MIE</u>
Etiologia	☒ ALPP III III IV ^{2*} () Queimadura () DM () Vascular ☐ Trauma : Tração ☒ Fixador Externo () ortopedia ☐ Outro:	Grau: I () II (☒) III () IV () ☐ PP I III III IV ^{2*} () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☐ Trauma : Tração ☒ Fixador Externo () ortopedia ☐ Outro:	☐ PP I III III IV ^{2*} () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☐ Trauma : Tração ☒ Fixador Externo () ortopedia ☐ Outro:	Grau: I () II () III () IV () ☐ PP I III III IV ^{2*} () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☐ Trauma : Tração ☒ Fixador Externo () ortopedia ☐ Outro:
Aparência do Talo	☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfáceo () Gramulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfáceo () Gramulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfáceo () Gramulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfáceo () Gramulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
Pele Periferecional	☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor ☐ Outro:	☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor ☐ Outro:	☒ 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:	☐ Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo ☒ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo ☒ Seco ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado () Úmido ☒ Seco	☐ Molhado () Úmido ☒ Seco	☐ 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%	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura profilática	☒ Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro:	☒ Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro:	☒ Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro:	☒ Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro:
Trança	☐ 12/12 ☒ Diário () 48/48h	☐ 12/12 ☒ Diário () 48/48h	☐ 12/12 ☒ Diário () 48/48h	☐ 12/12 ☒ Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:				
Observações:				

FICHA DE REGISTRO DE HEMOCOMPONENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: Luiz Felipe Santana Varela

DATA DE NASCIMENTO: 11/11/94

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA:	<u>25.01.20</u>	Nº BOLSA:		<u>01192.00303021</u>	VOLUME: <u>319ml</u>
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:		_____	_____
PACIENTE:	ABO: <u>A+</u>	FATOR Rh:		_____	_____
SINAIS VITAIS:					
INÍCIO:	<u>10:05</u>	h. T.:	_____	PA:	<u>98/64</u> P: <u>101</u> FR: <u>20</u>
MEIO (15MIN):	<u>10:20</u>	h. T.:	_____	PA:	<u>100/71</u> P: <u>101</u> FR: <u>20</u> <u>NOV.</u>
FIM:	<u>10:30</u>	h. T.:	_____	PA:	<u>102/73</u> P: <u>109</u> FR: <u>20</u> <u>44.</u>
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU:					<u>Susana</u> COREN: _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU:					<u>Dr. Pradina</u> CRM: _____

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA:	____/____/____	Nº BOLSA:		_____	VOLUME: _____
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:		_____	_____
PACIENTE:	ABO: _____	FATOR Rh:		_____	_____
SINAIS VITAIS:					
INÍCIO:	____	h. T.:	____	PA:	____ P: ____ FR: ____
MEIO (15MIN):	____	h. T.:	____	PA:	____ P: ____ FR: ____
FIM:	____	h. T.:	____	PA:	____ P: ____ FR: ____
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU:					____ COREN: ____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU:					____ CRM: ____

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA:	____/____/____	Nº BOLSA:		_____	VOLUME: _____
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:		_____	_____
PACIENTE:	ABO: _____	FATOR Rh:		_____	_____
SINAIS VITAIS:					
INÍCIO:	____	h. T.:	____	PA:	____ P: ____ FR: ____
MEIO (15MIN):	____	h. T.:	____	PA:	____ P: ____ FR: ____
FIM:	____	h. T.:	____	PA:	____ P: ____ FR: ____
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU:					____ COREN: ____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU:					____ CRM: ____

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA:	____/____/____	Nº BOLSA:		_____	VOLUME: _____
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:		_____	_____
PACIENTE:	ABO: _____	FATOR Rh:		_____	_____
SINAIS VITAIS:					
INÍCIO:	____	h. T.:	____	PA:	____ P: ____ FR: ____
MEIO (15MIN):	____	h. T.:	____	PA:	____ P: ____ FR: ____
FIM:	____	h. T.:	____	PA:	____ P: ____ FR: ____
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU:					____ COREN: ____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU:					____ CRM: ____

OBS. ESTA FICHA DEVE FICAR ANEXADA COM A FICHA ANESTÉSICA.

C.E.: L140000010

ESPLNA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 02 / 2020

DATA: 24/01/2020

Numr AIIH: 142010115026-1

Situação: SEM ERRO

Tipo: 01 INICIAL

Apresentação: 02/2020

Data Autorização: 21 / 11 / 2019

Especialidade: 03 - CUNCIOS

Origem Emissor: E140033010

CRC:

Doc autorizador: 08001620683824

Doc med resp: 70320662929192

Doc diretor clínico: 703006220101159

Doc médico chefe: 70320662929192

CNES: 9472339 - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES

CNS: 70360109794193-0

Paciente: LUIZ FELYPE SANTANA VARELA

Prontuário: 2532

Data nasc.: 11/11/1954

Sexo: MASculino

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc: Identidade

Doc: 5725682

Responsável pac.: LUIZ FELYPE SANTANA VARELA

Nome da Mãe: MARIE GILVANE DE SOUSA SANTANA

Endereço: RUA RUA JULIO MAXIMILIANO TRIN 0000333 CASA Balsa: SENADOR HEUO CAMPOS

Roteiro: 03-PARDA Etna: 0000-NAO SE APLICA

Município: 140010 - BOA VISTA

UF: RR CEP: 69316-324

Telefone: (56)2015-78008 Muda Proc?: NAO

Procedimento solicitado: 03.06.01.001.9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Procedimento principal: 03.06.01.001.9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Diag. principal: T023-FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM Membro INFERIOR

Diag. secundário:

Complementar:

Caráter atendimento: 01 - ELETIVO

Data Obto:

Data Internação: 21 / 11 / 2019

Data saída: 31 / 12 / 2019

Mot saída: 30 - TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

Modalidade: HOSPITALAR

Linhação: SISAUH01

AIIH Anterior:

AIIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador:

CNAER:

Vínculo Previdência:

CEOR:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Unid. Procedimento	Documento CBO	CNPJ/CNPJ	Assurar Valor	Qtda	Custo	Descrição
1 00001010019	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE
2 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	15	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
3 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	24	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
4 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
5 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
6 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
7 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
8 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
9 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
10 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
11 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
12 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
13 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
14 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
15 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
16 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
17 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
18 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
19 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
20 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
21 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
22 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
23 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
24 00001010170	70320662929192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO

CID SEGUNDARIO

CID Descrição

CID PREEXISTENTE

Descrição

PEDESTRE TRAUMA EM ACO. IN-TRANSITO, ENVOLVENDO OUTROS VEICULOS A MOTOR E OS NAO ESPECIFICADOS

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

Ex. de uso com a Portaria SASMS Nº 02 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção 1, p. 12996, uma via deste relatório deve ser arquivada na prontuário do paciente

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 de 10021

Ass:



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIIH

Protocolo 00002533	Data Internação 21.11.19	Data da Saída 31.12.19
Número da AIIH: 142010115028-1		
Enfermagem 3B 330		

Dados do Paciente			
Estabelecimento Executante HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO RODRIGUES - HC		CNS 9472398	
Nome do Paciente LUIZ FÉLYPE SANTANA VARELA			
Cartão do SUS 703001060941330	Data de Nascimento 11/11/1994	SEXO 1 - Masculino	Raça/Cor PARDA
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Identidade - 5799502		Nacionalidade BRASILEIRA	
Nome da Mãe MARIS GILVANETE DE SOUSA SANT			
Nome do Responsável LUIZ FÉLYPE SANTANA VARELA		Fone p/ Contato (95) 99157-8808	
Endereço RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE		Número 30	Bairro SENADOR HELIO CAMPOS
Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP 69.315-524

Dados da Internação	
CPF Médico Sol - CRM 1888	Médico Solicitante Haroldo
Procedimento Solicitado 0308010019	Procedimento Principal
Esp. C. Int. CID P. CID S. CID CA. CID S.	
Em caso de Parto: Nasc. Vivo () Nasc. Morto () Alta () Trans. () Outro ()	

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ops	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	CUTI
01	7		20	2	1888		1	
02	7		31	1	1917		15	
03	7		44	1	1918		24	
04	7		213	2	463		1	
05	1	0401010019	28	7	36083		3	
06	1	11	29	1	1918		1	
07	1	11	37	1	35017		1	
08	1	11	41	1	90156		2	
09	1	11	109	2	34995		8	
10	1	11	16	2	14648		1	
11	57		953	2	201911	12	8	
12	57		45	1	201912	12	29	
13								
14								
15		327	1					

Autorização			
Nome Médico Autorizador Ronan Pacheco da Carvalho		Data Autorização 11/11/2019	CPF Autorizador 768.264.736-15
Nome do Médico Auditor		Data Auditoria 11/11/2019	CNS Autorizador 898 0007 5018 1917
		CPF Auditor	CNS Auditor

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/09/2020

Ass: [Assinatura]



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - UIN

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

LUIZ FELIPE SANTANA VARELA

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

9 - RAÇA/COR

10 - NOME DA MÃE

MARIS GILVANE DE S. SANTANA

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBSG/MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

MASC, 21 ANOS, ACID. (ARTRO-ALTO)
HÁ 13 DIAS

EX FEMUR DIAF (E) - AGRAVADO
(RUTIG)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AG. ALUNA

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

EX (RUTIG) RADIOLOGICO

EX FEMUR (E)

20 - CID-10 PRINCIPAL

21 - CID-10 SECUNDÁRIO

22 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - CID-10 DO PACIENTE (SEMIOTIC)

25 - CLÍNICA

26 - CAUSAS DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

RODRIGO DA SILVA OLIVEIRA

21/11/19

Dr. Rodrigo da Silva Oliveira

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - CNPQ DA SEGURADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ EMPRESA

38 - CNAS DA EMPRESA

39 - COOP

40 - () ACIDENTE TRABALHO TRAVESSO

41 - CNPJ EMPRESA

42 - CNAS DA EMPRESA

43 - COOP

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPS

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

0308 02 0019

1023

11/02/2000
Guass



NOME: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

ADMISSÃO MÉDICA

Dr. Harold S. M. Oliveira
Medico
1998-1999

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

DATA DE ADMISSÃO 21/11/2019 DIH 8/11/2019

PACIENTE LUIZ FELYPE SANTANA VARELA

GNÓSTICO FX FEMUR ESQUERDO

ALERGIA: NEGA HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE 24 LEITO 319 DATA 21/11/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SAU
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SAU
3	SFO.9% 500ML EV	SN
4	SIMETICONA 40 GTS OU VO 01 COMP VO 8/8H	S/N
5	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H	21/11/2019
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM	SAU
10	SSVV + CCGG 6/6 H	SAU
14	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	10
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	D E
6 H	87x60	68	-	36,2	#
12 H					
18 H					
24 H	114x70	80	-	36,5	
24-H					

Dr. Haroldo S. M. Oliveira
Médico
CRM-RR 1888

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass:

Guilherme

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Adriana F. Ribeiro

DATA: 21/11/19 SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 319 HD: _____ ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CÂTERES E SONDAS		LESÕES	
CÂTER CENTRAL	SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____		
CÂTER PERIFÉRICO	SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____		
SONDA VENTIL. SIM () NÃO ()	LOCAL: _____ DATA: _____		
SONDA NASOGÁSTRICA SIM (X) NÃO ()	LOCAL: _____ DATA: _____		
SONDA NASOENTÉRAL SIM () NÃO ()	LOCAL: _____ DATA: _____		
DRENOS? SIM () NÃO ()	LOCAL: _____ DATA: _____		

DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
() RISCO DE INFECÇÃO	() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() MANUTENÇÃO DAS ÁGUEAS PERVAS	() MANUTENÇÃO DAS ÁGUEAS PERVAS
() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() TUBICA GASOSA PREJUDICADA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
() ANSIEDADE	() MEDO	() MANUTENÇÃO MONITORIZAÇÃO	() MANUTENÇÃO MONITORIZAÇÃO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() MANUTENÇÃO CÂTEREIS ELEVADA	() MANUTENÇÃO CÂTEREIS ELEVADA
() DESEMPENHO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() ASPIRAR VAS. PROT. _____	() ASPIRAR VAS. PROT. _____
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIENTIA	() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIENTIA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() ATENDER PARA MÚSCULOS E VÔMITOS	() ATENDER PARA MÚSCULOS E VÔMITOS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() MANUTENÇÃO ACESSOS VENOSOS PERVAS	() MANUTENÇÃO ACESSOS VENOSOS PERVAS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTAR ENURIAS	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTAR ENURIAS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() VERIFICAR E REGISTAR EDEMAS	() VERIFICAR E REGISTAR EDEMAS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GASTRAGEM	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GASTRAGEM
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL	() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() ESTIMULAR E REGISTAR ACEITAÇÃO DA DIETA	() ESTIMULAR E REGISTAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() MANUTENÇÃO JEJUNO A PARTIR DAS _____ H	() MANUTENÇÃO JEJUNO A PARTIR DAS _____ H
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() REALIZAR DEXTRO _____ H	() REALIZAR DEXTRO _____ H
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() ENCAMINHAR AO BACHO DE ASPIRAÇÃO	() ENCAMINHAR AO BACHO DE ASPIRAÇÃO
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() ORIENTAR AUTOCUIDADO	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() REALIZAR BANHO AO LÉITO	() REALIZAR BANHO AO LÉITO
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() REALIZAR CURATIVO MÃO	() REALIZAR CURATIVO MÃO
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM _____	() PREPARAR PARA EXAMES EM _____
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() REALIZAR HIGIENE DE CONTO RTO	() REALIZAR HIGIENE DE CONTO RTO
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() ESTIMULAR DEMONSTRAÇÃO	() ESTIMULAR DEMONSTRAÇÃO
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() OBSERVAR E REGISTAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA	() OBSERVAR E REGISTAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA	() OUTROS	() OUTROS

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO

ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CÂTERE PERIFÉRICO: NÍVEL DE CONSCIENTIA

NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESCONTOADO

PAPELAIS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MICELIÁTICAS

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA

ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVAS () OBSTRUÍDAS

HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA

OROS:

TORAX E PULMÕES / APOIO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOES INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () DISPNEÚICO

MORFOLÓGICOS VESICULARES: () PRESENTES () AUSENTES () YOSSE () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUILOS ADVENTÍCIOS: () PRESENTES () AUSENTES () MONCOS () ESTÉREIS () SECOS

CIRCULAÇÃO/DOES DA PULMONAR:

() HÍDRICA () UNIDUAL () DESHIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA

() CIANÓTICA () ACANÓTICA () ACANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NÓRTE () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRREGULAR ()

PERCUSÃO PULMONAR: () NÓRTE () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () RÍGIDO

PULSO: () NÓRTE () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____

Ass: Suarez

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NÓRTE () DIMINUIDO () AUMENTADO

DEGLUTIÇÃO: () PRESENTES () AUSENTES () SÓLIDA () LÍQUIDA () DISTENDIDA () TENSA () FLACIDA () VAS BALANÇAR

ELIMINAÇÕES/NUMERO DE FEZES: () NÓRTE () DIMINUIDA () AUMENTADA () INCONTINÊNCIA

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NÓRTE () DIMINUIDO () AUMENTADO

DEGLUTIÇÃO: () PRESENTES () AUSENTES () SÓLIDA () LÍQUIDA () DISTENDIDA () TENSA () FLACIDA () VAS BALANÇAR

ELIMINAÇÕES/NUMERO DE FEZES: () NÓRTE () DIMINUIDA () AUMENTADA () INCONTINÊNCIA

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NÓRTE () DIMINUIDO () AUMENTADO

DEGLUTIÇÃO: () PRESENTES () AUSENTES () SÓLIDA () LÍQUIDA () DISTENDIDA () TENSA () FLACIDA () VAS BALANÇAR

ELIMINAÇÕES/NUMERO DE FEZES: () NÓRTE () DIMINUIDA () AUMENTADA () INCONTINÊNCIA

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NÓRTE () DIMINUIDO () AUMENTADO

DEGLUTIÇÃO: () PRESENTES () AUSENTES () SÓLIDA () LÍQUIDA () DISTENDIDA () TENSA () FLACIDA () VAS BALANÇAR

ELIMINAÇÕES/NUMERO DE FEZES: () NÓRTE () DIMINUIDA () AUMENTADA () INCONTINÊNCIA

Ass: Suarez

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NÓRTE () DIMINUIDO () AUMENTADO

DEGLUTIÇÃO: () PRESENTES () AUSENTES () SÓLIDA () LÍQUIDA () DISTENDIDA () TENSA () FLACIDA () VAS BALANÇAR

ELIMINAÇÕES/NUMERO DE FEZES: () NÓRTE () DIMINUIDA () AUMENTADA () INCONTINÊNCIA

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NÓRTE () DIMINUIDO () AUMENTADO

DEGLUTIÇÃO: () PRESENTES () AUSENTES () SÓLIDA () LÍQUIDA () DISTENDIDA () TENSA () FLACIDA () VAS BALANÇAR

ELIMINAÇÕES/NUMERO DE FEZES: () NÓRTE () DIMINUIDA () AUMENTADA () INCONTINÊNCIA

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NÓRTE () DIMINUIDO () AUMENTADO

DEGLUTIÇÃO: () PRESENTES () AUSENTES () SÓLIDA () LÍQUIDA () DISTENDIDA () TENSA () FLACIDA () VAS BALANÇAR

ELIMINAÇÕES/NUMERO DE FEZES: () NÓRTE () DIMINUIDA () AUMENTADA () INCONTINÊNCIA

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NÓRTE () DIMINUIDO () AUMENTADO

DEGLUTIÇÃO: () PRESENTES () AUSENTES () SÓLIDA () LÍQUIDA () DISTENDIDA () TENSA () FLACIDA () VAS BALANÇAR

ELIMINAÇÕES/NUMERO DE FEZES: () NÓRTE () DIMINUIDA () AUMENTADA () INCONTINÊNCIA

Ass: Suarez

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

DATA DE ADMISSÃO:		DIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTICO	FX FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	319	DATA	22/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5am
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				manhã
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18h
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N				SW
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SW
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SW
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 180 E/OU PAD> 110 MMMHG				SW
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SW
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SW
12	CURATIVO DIÁRIO SN				SW
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				SW
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MABQUES
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	DI	PR	TEMP	
6 H	98x61	84	-	+	36.4°C	DR MARCUS BRUNNER
12 H	90x60	69	+	0	36.8°C	23h Simoes CRM 1917
18 H	90x60	84	+	+	36	
24 H	91x56	80	-	+	36.6°C	Resp - 23h Simoes
24 H						

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Guarner

Notificação Clínica - 22/11/19
 para avaliação com a equipe,
 para intercorrências clínicas
 Tainá Nascimento
 Nutricionista
 CRM 2381

Nome: Quir Felipe Valera

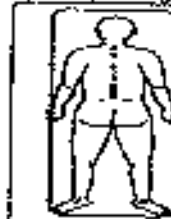
DATA:

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II x2

Localização / Região

MIE



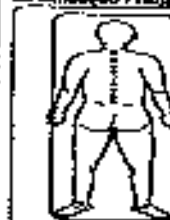
Trax

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Quimica ☐ Trauma ☐ Outras

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura _____ cm

Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo

☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco

☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento

☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito

☐ evidente ao entrar no quarto ☐ sem odor

Condição da pele Perifoneal:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor

☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%

☐ Clorexidina 4% ☐ Outros

Cobertura primária (Contato direto na lesão)

☒ Gaze

☐ Fibrinase

☐ AGE

☐ Colagenase

☐ Sulfadiazina de Prata

☐ Outros neomelina

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

Diário

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.

01- Jerônimo de Almeida Rocha

02- Elaine Alves de Jesus

Téc. em Enfermagem

Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

COREN 554.943

OBS:

OBS:

CONFIRMAR COM GRUPO

Em 11/02/2020

Ass: Quir Felipe

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Lucy Felipe Varela

DATA: 22/11/18

SEXO: M

IDADE: 18

PESO: 50 KG.

LEITO: 319

HD

ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL/SM ()	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	DATA:	
SONDA NASOEENTRAL: SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	DATA:	
DIAGNOST. SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	QUAL?	

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- PERÍMETRO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS

() HIDRATADA () UMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () FAUDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () MACROCLANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERNA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMALCARDÍACO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

R.M.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSÃO () AGUDO () VMS PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DILUIÇÃO:

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LÍMPID. () CONCENTRADA

LESÕES



DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

DESQUILIBRADA

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESORIENTAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEDAS

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO

() OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ N

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TQT

() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALCÍAS

() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR EMINAÇÕES.

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANUTER JEIUM A PARTIR DAS: _____ H

() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERG

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS

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

319

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE **LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA**

AGNOSTI **FX FEMUR E**

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

319

DATA

23/11/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

SSF 500ML EV ACM

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

5

DIPIRONA 1G EV 6/6h (S/N)

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CPVQ DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 EXOL PAD > 110 MMMHG

9

OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM

10

SSV + COGG 6/6 H

12

CURATIVO DIÁRIO SN

14

CLAXANE 40MG SC 1X/DIA

15

16

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES

CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100/60	78	20	36.2
12 H	100/70	81	-	36.25
18 H	90/60	78	21	36.7
24 H	100/60	92	20	36.30
24 H				

DR MARCUS BRUNNER

CRM 1917

Valdenir
 Valdenir dos Santos Oliveira
 Acad. de Enfermagem
 COREN-RR SAG. 126

Marcos Brunner
 CRM 1917
 Conselho Regional de Enfermagem
 COREN-RR SAG. 126

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Suarez



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2013

ENE/LEITO: 319

Nome: Luz R. Verde

DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II		☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ oncológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ oncológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	
Quantidade do Exsudato	☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	
Dor:	☒ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:	
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outra:	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outra:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outra:	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outra:	
Hora do curativo:	☐ Manhã ☒ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca:			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem			
Carimbo e Ass. Enfermeiro			
OBS:			
ORIS:			

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Corvete, Sistema Programado.
Os pontos com 02 na mala física, estes devem ser avaliados separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 03 2020

Ass: [Assinatura]

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

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE **LUÍZ FELLYPE SANTANA VARELA**

AGNÓSTICO **FX FEMUR E**

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

319

DATA

24/11/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

S/D

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

S/D

3 SSF 500ML EV ACM

S/D

4 TILATIL 20MG EV 12/12H

S/D

5 DAPIRONA 1G EV 6/6H S/N

S/D

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

S/D

7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

S/D

8 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG

S/D

9 OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM

S/D

10 SSVV + CCGG 6/6 H

S/D

12 CURATIVO DIÁRIO SN

S/D

14 CLAXANE 40MG SC 1X/DIA

S/D

15

16

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

Dr. Marcelo Marques
 Endocrinologista
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	90/60	84	-	36,2°C
12 H	90/60	73	-	35,8°C
18 H	100/70	82	-	36,7°C
24 H	91/46	84	-	36,5°C
24 H				

DR MARCOS BRUNNER
 CRM 1917

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/03/2020

Ass: Guilherme

Revisão: 24/11/2019

Revisão: 24/11/2019

Intervenção: 24/11/2019

Intervenção: 24/11/2019

Intervenção: 24/11/2019

Intervenção: 24/11/2019

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Lucy Louisa ID: 349 ALÉRGICO? ---

DATA: 11/12/92 SEXO: () M () F IDADE: --- PESO: --- KG. LEITO: 349

CONTROLE DE CATERES E SONDAS		LESÕES		DIAGNÓSTICO	PREScrição de ENFERMAGEM
CATERE CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() RISCO DE INFECÇÃO	() MANter Vias Aéreas Permeas
CATERE PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() PADRÃO Respiratório Ineficaz	() REALIZAR CUIDADOS COM Vias
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() INCAPACIDADE DE AGIR/TER Respiração Espontânea	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA		() TROCA GÁSTRICA PREJUDICADA	() MANter MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOENTRAL	SIM () NÃO ()	DATA		() ANSIEDADE	() MANter Cabeceira Elevada
DRENOS? SIM () NÃO ()	QUAL?			() MEDO	() ASPIRAR Vias /TOT
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				() ENTORPECIMENTO Ineficaz	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
2- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEGRADIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO				() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENDER PARA QUEIMAS ÁGICAS
ÚLCERA POR PRESSÃO SIM () NÃO () LOCAL:				() DESQUILIBRADA	() ATENDER PARA MÚSCULOS E VÔMITOS
CABEÇA: PESO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () COMATOZO () DESORIENTADO				() RISCO PARA O CONTROLE Ineficaz	() MANter ACESSOS VENOSOS PERMANENTES
POUPALIS () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA				() TERAPÊUTICO	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE
ACUIDADE VISUAL () NORMAL () DIMINUIDA				() DESTRUTURAÇÃO Ineficaz de Vias	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
VIAS AÉREAS SUPERIORES () PERMEAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA				() AERIAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
CIBAS:				() FADIGA	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GASTAGEM
TOMAR PULSAÇÃO, PRESSÃO RESPIRATÓRIA				() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR DILATENSÃO ABDOMINAL
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO				() RISCO PARA QUEIMAS	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
POR INSPIRAÇÃO: () SIM () NÃO				() RISCO PARA LESÃO	() MANter JEIUM A PARTIR DAS: HORAS
FREQUÊNCIAS: () SUPLENDO () INADEQUADO () BRADIPNEICO () DISPNEICO				() AUTOSTIMULAÇÃO PERTURBADA	() REALIZAR CENITRO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () PRESENTE				() DIARRÉIA	() ENCAMINHAR AO BOMBO DE ASPIRAÇÃO
CIRCULAÇÃO POR DA PERIFÉRIAS:				() CONSTIPAÇÃO	() ORIENTAR AUTOCONSCIÊNCIA
() CLAVICULAR () UMBILICAL () DISTAL () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA				() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR BANHO NO LEITO
TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () Hipertermica () Hipotermica				() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO
APARELHO GASTROINTESTINAL				() COMUNICAÇÃO VERBAL	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () DIMINUIDA				() PREJUDICADA	() PREPARAR PARA EXAMES EM
PERÍODO PERIFÉRICO: () NORMAL () DIMINUIDA				() RISCO PARA BRÔNICO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE				() DOR	() ESTIMULAR DEAMBULACÃO
LOCAL DO PULSO:				() HIPOTERMIA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
APARELHO GASTROINTESTINAL				() HIPERTERMIA	() OUTROS
ABETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO				() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	
RUMORES/AUSÊNCIAS () PRESENTES () AUSENTES				() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	
ENTORPECIMENTO/ESPONDILOS () PRESENTES () AUSENTES				() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	
APARELHO GENITURINÁRIO/OLHARES:				() CONFORTO PREJUDICADO	
() PRESENTES () AUSENTES				() DÉFICIT CARDÍACO LIMITADO	
() ESTIMULADA () INIBIDA () COMEÇADA () CANCELADA				() OUTROS	

Em 11 de 1992
Ass: Guilherme

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

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____
 PACIENTE: **LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA**
 AGNOSTIC: **FX FEMUR E**
 ALERGIAS: _____ HAS: _____ NEGA: _____ DM2: _____ NEGA: _____
 IDADE: _____ LEITO: **319** DATA: **25/11/2019**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	5:30
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	12:00
3	SSF 500ML EV ACM	18:00
4	TYLATIL 20MG EV 12/12H	18:00
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N	18:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	18:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	18:00
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	18:00
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM	18:00
10	SSVV + CCGG 8/8 H	18:00
12	CURATIVO DIARIO SN	18:00
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA	18:00
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

REG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
 SEM QUEIXAS E OU INTERCÔRRÊNCIAS
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

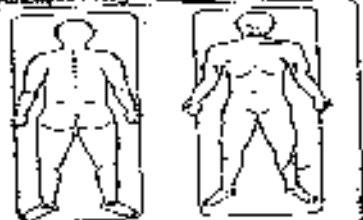
DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	D	P	E	TEMP
6 H						
12 H	100x70	77	+	0		36,8°C
18 H	100x60	80	+	-		36,7°C
24 H	100x60	82	+	0		36,7°C
24 H						

DR MARCUS BRUNNER
 CRM 1917

CONFERE COM ORIGINAL
 Em 11/02/2020
 Ass: *[Assinatura]*

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: <u>343</u>		

Nome: <u>Leuz Felipe Vasolo</u>			
DATA: <u>20/01/19</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Oculopática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Queimadura Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Oculopática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Queimadura Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Forma da Ferida: ☐ Tecido de granulação ☐ sem tecido ☐ Tecido necrótico		Forma da Ferida: ☐ Tecido de granulação ☐ sem tecido ☐ Tecido necrótico	
Quantidade da Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ úmido, abundante		Quantidade da Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ úmido, abundante	
Tipo da Exsudato ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo		Tipo da Exsudato ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	
Dor: ☐ Não ☐ Sim		Dor: ☐ Não ☐ Sim	
Color: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ sem odor		Color: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ sem odor	
Condição da pele Periférica: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____		Condição da pele Periférica: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	
Solução para limpeza ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Oxidante 6% ☐ Outro: _____		Solução para limpeza ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Oxidante 6% ☐ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☐ Gaze ☐ Colágeno ☐ Hidrocolóide ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: <u>Malha</u>		Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☐ Gaze ☐ Colágeno ☐ Hidrocolóide ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro OBS:		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro OBS:	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CovaTec, Software Programat.

Os parâmetros em 02 em quais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

CONFIRMAR COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: Guilherme

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Luiz Felipe de Mello

RD

DATA: 25/11/19 SEXO: M (F)

IDADE

PESO

KG

LEITO

319

ALÉRGICO ?

LESÕES

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VEGITAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____		
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	DATA: _____		
SONDA NASOINTESTINAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____		
DRENOS? SIM () NÃO ()	QUAL? _____		

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. PRINCÍPIO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. SINTOMAS EXPOSTOS - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU: I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA: PESCOÇO: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MÍDRICAS () MÍDRICAS () DIMINuíDA

ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () ANORMAL () DIMINuíDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

ODS:

TOCAR E PULMÕES: PAÍDAO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: () SINTÉTICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚ () TAQUIPNEÚ () BRADIPNEÚ () DISPNEÚ

ADURMILHOS VESICULARES: () PRESENTE () AUSENTES () TOSSE: () PRESENTE () AUSENTE () SECA () EXPECTORATÓRIA

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () ROMBOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCUNSCRIÇÃO DE PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATA () ÚMIDA () DESHÍDRATA () CORADA () HIPOCORADA () PAÍDA () RUBORIZADA () ENTERICA

() DERMATITE () URTICÁRIA () JACRODERMATITE

TEMPERATURA DA PELE: () NORMAL () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR:

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PRESSÃO: () NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMAL () TÁQUICARDO () BRADICARDO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

ALIMENTAÇÃO: () AUMENTADA () DIMINUIDA () NORMAL ()

REFUGO: () PRESENTE () AUSENTE ()

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMAL () TÁQUICARDO () BRADICARDO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURÉTICO

ALIMENTAÇÃO: () AUMENTADA () DIMINUIDA () NORMAL ()

REFUGO: () PRESENTE () AUSENTE ()

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMAL () TÁQUICARDO () BRADICARDO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

DESEQUILIBRADA

() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA D CONTROLE INEFICAZ

TERAPÊUTICO

() DESCONSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATMOSFERA

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPACÃO

() RISCO PARA CONSTIPACÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉFICIT CAROLÍDICO DIMINUIDO

() OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABEÇA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS /TOT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS AÚGICAS

() ATENTAR PARA MÂUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RISCO GÁSTRICO ANTES DA SUGAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANUTER JEIUM A PARTIR DAS: _____ H

() REALIZAR DÉFICIT _____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPIRAÇÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULACÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS

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

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____
 PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA
 AGNÓSTICO: EX FEMUR E
 ALERGIAS: _____ HAS: _____ NEGA: _____ DM2: _____ NEGA: _____
 IDADE: _____ LEITO: 319 DATA: 26/11/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	mem
3	SSF 500ML EV ACM	ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	12/12
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N	20
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	20
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	20
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	20
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM	20
10	SSVV + CCGG 6/6 H	20
12	CURATIVO DIÁRIO SN	20
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA	20
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	ES	RD	TEMP
8 H	110/60	-			36,5°C
12 H	130x90	80	+	+	36,8
18 H	80x50	73	+	+	
24 H					
24 H	110/60	75	+	+	36,6°C

DR MARCOS BRUNNER
 CRM 1917

CONFERE COM ORIGINAL
 Em 11 / 02 / 2020
 Ass: Guarany



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 319

Nome: Luiz Felipe Vende	
DATA: 26/11/19	Localização / Região
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	 USF Tragaço
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neurogênica ☐ Quimica ☐ Trauma ☐ Outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do leito:	☐ Tecido de granulação ☒ com escavação ☐ Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínima ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo
Dor:	☒ Sim ☐ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor
Condição da pele Perifoneal:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☒ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:
Solução para limpoza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outra:
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colapase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☒ Outra: <u>Alfa-actina</u>
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca:	
Em caso de 1 de 24hs	
Assinatura e ass. soc. em Enfermagem	01- <u>[Assinatura]</u> 02- <u>[Assinatura]</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
CNS:	
OBS:	

CONTAS CONTABILIZADAS
em 11/03/2020
Ass. [Assinatura]



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Luiz Felipe Velloso ID:

DATA: 26/11/19 SEXO: M () F IDADE: PESO: KG. LEITO: 319 * ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATERETES E SONDAS	
CATERETE	SIM () NÃO ()
CATERETE CENTRAL	SIM () NÃO ()
CATERETE PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()
SONDA NASOINTEGRAL	SIM () NÃO ()
SONDA NASOINTEGRAL	SIM () NÃO ()

DATA:

LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. PRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO

GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

ULCERA POR PRESSÃO SIM () NÃO () LOCAL:

CABECA PESCOÇO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA

ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA

ACUIDADE BUCAI: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVAS () OBSTRUIDAS

HIGIENE BUCAI: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA

ONS:

TÓRAX E PULMÕES / PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIAS: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () DISPNEÚICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES

YOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIJOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILLOS

CIRCULAÇÃO / COR DA PELE / MUCOSAS

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () XERÍDICA

() CÂNDOTICA () ACANOTICA () PAROXISMÁTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMIKA () HIPOTERMIKA () HIPOTERMIKA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACIO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

PREVALÊNCIAS:

LOCAL DO PULSO:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO

FLUÍDO: () AUSENTE () PRESENTES

ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSÃO AGUDA () VAS PALPAVEL

ELIMINAÇÕES / INÚMERO DE DEFECOS

() NORMAL () YOGMÉVIA () CONSTIPAÇÃO () MEGLENA

APARELHO GENITURINÁRIO / OULRESE

CONCENTRAÇÃO / INÚMERO DE DEFECOS

() CONCENTRADA () INÚMERO DE DEFECOS

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PERVAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE H

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS / TOT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS

() ATENTAR PARA MÚSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEVAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANUTER JEIUM A PARTIR DAS: HORAS

() REALIZAR DEXTRO HORAS

() ENCAMINHAR AO BAMBHO DE ASPERSÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EN:

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS:

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA		
AGNÓSTICO	FX FEMUR E	
ALERGIAS	HAS	NEGA
DM2	NEGA	
LEITO	338	
DATA	27/11/2019	

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	OND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MON
3	SSF 500ML EV ACM	ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	S/N
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N	S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	S/N
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM	S/N
10	SSVV + CCGG 8/8 H	S/N
12	CURATIVO DIARIO SN	S/N
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA	S/N
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO BRUNNER
 CRM 1918

DR MARCUS BRUNNER
 CRM 1917

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	F
6 H						
12 H	90x60	70	-	36.8°C	+	6
18 H	100x60	80		37.2°C	+	4
24 H	100x60	87		36.1°C	+	10
24 H	100x60	90		36.7°C	+	0

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Quina



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - IIC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 38 - 335

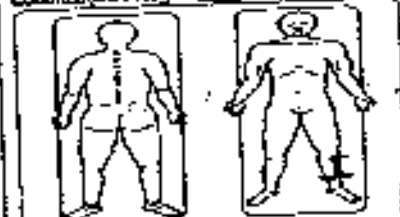
Nome: Leuz Felipe Varela

DATA: 27/11/19

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região



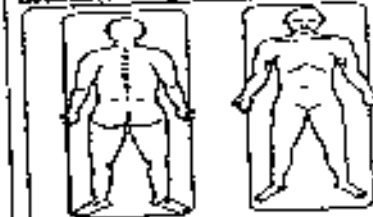
tracção

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

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

Tamanho da Ferida:

Comprimento: cm Largura: cm
Profundidade: cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com escorço
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☐ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras:

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outra:

Cobertura primária
(contato direto na lesão)

☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☒ AGE ☐ Outra:

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Justificativa e ass.

Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

OBS:

OBS:

Jenicley Aguiar Chantim
Enfermeiro
114.731 COREN - AM

CONFERE COM ORIGINAL

EM 11/02/2020

Ass: [Assinatura]

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
Prescrição Médica

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO: FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	335	DATA	28/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				2ND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MONITOR
3	SSF 500ML EV ACM				ALCA
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18h
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU O1 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 180 E/OU PAD> 110 MMMHG				S/N
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				08h
10	SSV + CCGG 6/6 H				08h/12h
12	CURATIVO DIÁRIO SN				S/N
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				16h
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, PULNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D-	E
6 H	102x63	80		36.5	+	+
12 H	100x50	73		36.8 C	+	+
18 H	100x60	73		37.1 C	+	+
24 H	100x60	79		36 C	+	+
24 H						

DR MARCUS BRUNNER
 CRM 1917

Intenção Clínica:

paciente mantido em dieta,
 mega administração alimentar

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: *[Assinatura]*

1902/2020



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME Luiz Felipe D. Vaz ID 121-100000000

DATA 28/11/19

SEXO: () M () F

IDADE _____

PESO _____ KG,

LEITO 335

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATÉTERES E SONDS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VENTILADORA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA:	
SONDA NASOBIBULAR	SIM () NÃO ()	DATA:	
DRENOS?	SIM () NÃO ()	QUAL? DATA:	

LESÕES



IDENTIFIQUE SEUS LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL _____

CARÇA FÍSICO: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOTÓPICAS () ANISOTÓPICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RASOÁVEL () PRECÁRIA

DOIS E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOIS INSPIRATÓRIOS: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MÚLTIPLOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES

MÚLTIPLOS ADVERTÍCIOS: () AUSENTES () RONDOS () ESTERTORES () SIBLOS

ORIENTAÇÃO/CONSC. DA PELE/MUCOSAS

() HÍDRATA () ÚMIDA () DESHÍDRATA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPERTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO ()

PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

ERUTICAÇÕES: () PRESENTES () ABSENTES

ELIMINAÇÕES: () NORMAIS () ANORMAIS ()

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE

DIURSE: () NORMAL () DIMINUIDA () AUMENTADA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA ALIMENTAÇÃO
- () DESQUILIBRADA
- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESORIENTAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA Quedas
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOSTÍMULA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPACÃO
- () RISCO PARA CONSTIPACÃO
- () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO-ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- () COMÉDITO PREJUDICADO
- () DÉFICIT CARIACODENTÁRIO
- () OUTROS

PRESERÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VIAS /TQT
- () VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIMAS AQUELAS
- () ATENTAR PARA ALÉRGICAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
- () DESERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GRAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
- () REALIZAR DENTRO _____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BAIHO DE ASPIRAÇÃO
- () ORIENTAR AUTOCUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LITO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES ENL
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULACÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
- () OUTROS

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTIC	FX FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	336	DATA	29/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mauk
3	SSF 500ML EV ACM				A.C.M
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18h
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				S/N
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				08h
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Doite
12	CURATIVO DIÁRIO SN				S/N
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				18h
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO.
 EM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	Não verificado deficit fun.			
12 H				
18 H				
24 H				
24 H	Não verificado deficit fun. / gesso em formação			

DR MARCUS BRUNNER
 CRM 1917

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Quatão

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

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: **LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA**

AGNÓSTICO: **FX FEMUR E**

ALERGIAS: _____ HAS: _____ NEGA: _____ DM2: _____ NEGA: _____
 IDADE: _____ LEITO: ~~33~~ DATA: **30/11/2019**

ITEM: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORÁRIO: _____

- | | | |
|----|--|----|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | SV |
| 3 | SSF 500ML EV ACM | SV |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | SV |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N | SV |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | SV |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | SV |
| 8 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG | SV |
| 9 | OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM | SV |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | SV |
| 12 | CURATIVO DIÁRIO SN | SV |
| 14 | CLAXANE 40MG SC 1X/DIA | SV |
| 15 | | |
| 16 | | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
 EM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				
24 H				

DR MARCOS BRUNNER
 CRM 1917

Deficit de fluidos
Deficit de alimentação
Exfer mais um gr

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: [Assinatura]

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA		
AGNOSTICAR: FX FEMUR E		
ALERGIA:	HAS	NEGA
DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	335
DATA	1/12/2019	

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	S/N
3	SSF 500ML EV ACM	S/N
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	S/N
5	DIPIRONA 1G EV 6/8H S/N	S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTER	S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
8	CAPTÓPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	S/N
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM	S/N
10	SSV + CCGG 6/8 H	S/N
12	CURATIVO DIÁRIO S/N	S/N
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA	S/N
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	OREVE			
12 H	OREVE			
18 H	OREVE			
24 H				
24 H	OREVE			

DR MARCUS BRUNNER
 CRM 1917

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: *[Assinatura]*

335

3B

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO: FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	335	DATA	21/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SSF 500ML EV ACM				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8h S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTER				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO SN				
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
					DR MARCELO MARQUES CRM 1918
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
6 H	Def - ole	func			
12 H	Def - ole	func			
18 H					
24 H					
24 H					

CORREÇÃO

Em 11/02/2019

Ass. Quirino



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____

HD _____

DATA: ____/____/____

SEXO: () M () F

IDADE _____

PESO _____

KG. _____

LEITO _____

ALÉRGICO 7 _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						() RISCO DE INFECÇÃO	() MANter VIAS AERÉAS PÉRVIAS
CATEter CENTRAL						() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REduzir CUIDADOS COM VIAS
CATEter PERIFÉRICO						() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____H
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()						() TROCA GROSSA PREJUDICADA	() MANter MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()						() ANXIEDADE	() MANter CABEÇA ELEVADA
TUBOS? SIM () NÃO ()						() MEDO	() ASPIRAR VAS /TQT
IDENTIFIQUE SE SINAIS						() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRIATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO						() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
GRAU I () GRAU II () GRAU III () GRAU IV ()						() DESQUILIBRADA	() ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
CABEÇA: PESCOÇO: MÍMBIL DE CONSCIÊNCIA						() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO						() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
PULSAIS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOTÓNICAS () ANISOTÓNICAS () MIDRÁTICA						() TERAPÊUTICO	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____H
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA						() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() OBSERVAR, COMEÇAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS						() FADIGA	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
OBSC.						() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
VOLUME PULMÕES: PADRÃO RESPIRATÓRIO						() RISCO PARA LESÃO	() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO						() AUTOGESTIMAR PERTURBADA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO						() DIARREIA	() MANter JEIUM A PARTIR DAS: ____H
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO						() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO ____HORAS
MÚRMULOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES						() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() ENCAMINHAR AO BASTHO DE ASPIRAÇÃO
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS						() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() ORIENTAR AUTO CUIDADO
CIRCULAÇÃO/EDMA DA PELE/MUCOSAS:						() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR BANHO NO LETO
() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESHÍDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA						() RISCO PARA BROMCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____H
() CIANÓTICA () CIANÓTICA () MACROCVANTICA						() DOR	() REALIZAR CURATIVO ODIÁRIO
TEMPERATURA DA PELE: () NÓRTERMICA () HIPOTERMICA () HIPERTERMICA						() HIPOTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
APARELHO CARDIOVASCULAR						() HIPERTERMIA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()						() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
PERFUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA						() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME						() REGULAÇÃO PREJUDICADA	() OUTROS
PULSO: () NORVACÁRICO () TAQUICÁRICO () BRADICÁRICO () AUSENTE						() CONFIATO PREJUDICADO	
LOCAL DO PULSO:						() ELETRO PREJUDICADO	
APARELHO GASTROINTESTINAL						() ELETRO PREJUDICADO	
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO						() CONFIATO PREJUDICADO	
MÁ AL. AUSENTES () PRESENTES						() ELETRO PREJUDICADO	
ELIMINAÇÃO/QUANTIDADE/QUALIDADE						() ELETRO PREJUDICADO	
ABARELHO GASTROINTESTINAL						() ELETRO PREJUDICADO	
() ESTOMAGO () INTES. () COL. () VENTRÍCULO						() ELETRO PREJUDICADO	

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNOST	FX FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	335	DATA	3/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SSF 500ML EV ACM				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO SN				
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				
16					
18					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

REG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	100	90	18	36,5
18 H				
24 H				
24 H				

DR MARCUS BRUNNER
CRM 2817

CONFIRMAR COM ORIGINAL

EM 11/02/2020

ASS: *Supria*

335

337
OK!

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

AGNÓSTI FX FEMUR E

ALERGIA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

335

DATA

4/12/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	2M
3	SSF 500ML EV ACM	2M
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	2M
6	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N	2M
8	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU DI CP VO DE 8/8h SE DOR INTER	2M
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	2M
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	2M
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM	2M
10	SSVV + COGG 6/6 H	2M
12	CURATIVO DIÁRIO SN	2M
14	GLAXANE 40MG SC 1X/DIA	2M
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

REG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	120/80	70	20	36.5
18 H				
24 H				
24 H				

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass. Guai



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 335

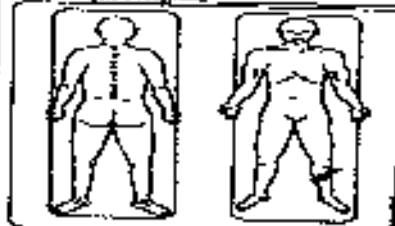
Nome: Levy Felipe Vasela

DATA: 04/12/19

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região

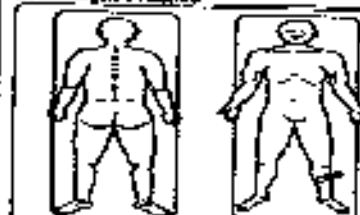


DATA: 04/12

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Quimica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura _____ cm
Profundidade _____ cm

Características do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☐ Sim ☒ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ sem odor

Condição da pele

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Perfuração:

Solução para limpeza

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outra:

Cobertura primária

(Contato direto ao leito)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outra:

Horas do curativo:

08h30min - 09h30min

Data da Próxima troca:

05/12/2019
Aux. de Enfermagem
COREN-RN 540.125

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.

Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

OBS:

OBS:

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE LUZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTI FX FEMUR E					
ALERGIA		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	6/12/2019
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Marcus
3	SSF 500ML EV ACM				BGM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				(CS)
5	DIPIRONA 1G EV 8/6H S/N				(CS)
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTER				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				(CS)
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				(CS)
10	SSVV + CCGG 6/6 H				S/N
12	CURATIVO DIARIO SN				S/N
14	GLAXANE 40MG SC 1X/DIA				S/N
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
				DR MARCELO MARQUES CRM 1918	
SINAIS V		PA	FC	FR	TEMP
6 H					
12 H		110/100	80		
18 H					
24 H					
24 H					
				DR MARCUS BRUNNER CRM 1917	

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020
Ass: [Assinatura]



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

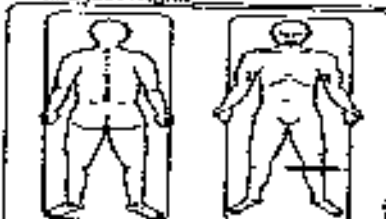
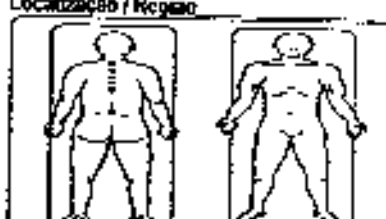
Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 337

Nome: Luís Felipe Santana Varde

DATA: <u>06/12/14</u>	Localização / Região 	DATA:	Localização / Região 
☐ GRAU - I ☐ GRAU - II		☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ oncológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: <u>FO</u>	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ oncológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ sem estase ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com estase ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	
Dor:	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perifoneal	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outros: <u>nenhum</u>	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outros:	
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de < de 24hs			
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	01- <u>Leira</u> <u>Enfermeiro</u> <u>Carimbo</u>	02- <u>Alessandro</u>	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Uva Tec, Soluções Práticas.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

COMPARTILHADO

Em 14/02/2020
Ass: Guilherme

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTI: FX FEMUR E					
ALERGIA:	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE:	LEITO	337	DATA	7/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PÉRIFÉRICO				Mantido
3	SSF 500ML EV ACM				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				06-18
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				18
10	SSV + CCGG 6/6 H				notar
12	CURATIVO DIÁRIO SN				
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				18
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	110x60	74	-	36,5°C
18 H	90x60	60	-	36,3°C
24 H				
24 H				

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

CONFERE COM ORIGINAL

Em 31/10/2020

Ass: G. M. A. S.

foto A.V.P. ao 16:45 - 16:45



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

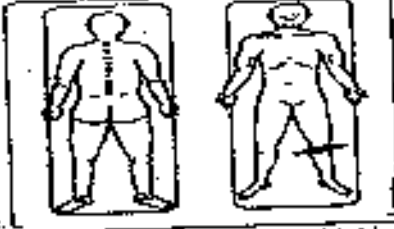
Protocolo nº 1 Versão: 06
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 337

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Nome: **Luz Felipe Loubs**

DATA: **07/12/13**
☐ GRAU - I
☒ GRAU - II

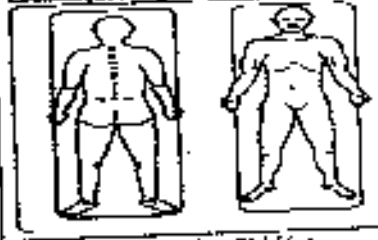
Localização / Região



unfE
Assoc

DATA:
☐ GRAU - I
☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ oncológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura _____ cm
Profundidade _____ cm

Característica do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com escorço
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Escorço:

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipos de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Seroso sanguinolento

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele Periférica:

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☒ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☒ Clorexidina 4% ☐ Outros

Cobertura primária (Colocar direto na ferida)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outros

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima Exat: Em caso de + de 24hs

01- **08/12/13** 02- **09/12/13**

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Edineia Farias da Conceição
Enfermeira

OBS:

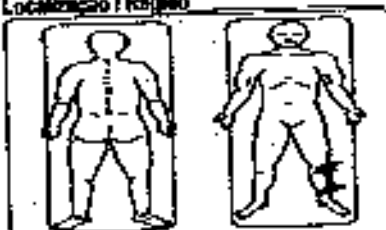
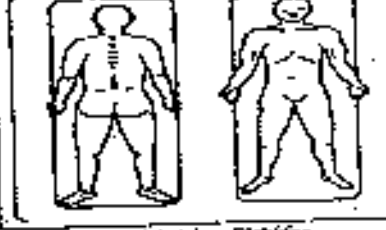
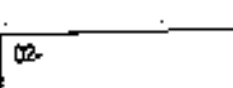
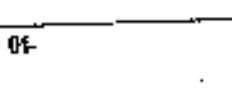
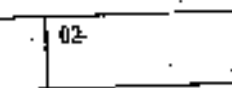
COMUNICADO Nº 17

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ComaTos, Software Programar.
Os pacientes com 92 ou mais anos, estas devem ser avaliadas separadamente.

CONFIRMAÇÃO
Em **11/02/2014**
Ass. **Silvia**

Nome: Luiz Felipe Varela

DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
☐ GRAU - I		☐ GRAU - I	
☐ GRAU - II		☐ GRAU - II	
Etiologia	☒ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neurogênica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outras	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neurogênica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outras	
Tamanho da Ferida	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
aparência do Leito:	☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipos de exsudato:	☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Seroso sanguinolento	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Seroso sanguinolento	
Dor:	☒ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Periférica:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:	
Cobertura primária (Constatada direta na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Hidrocolóides de Prata ☒ AGE ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Hidrocolóides de Prata ☐ AGE ☐ Outro:	
Hora do curativo	☐ Manhã ☒ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01-  02- 	01-  02- 	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	 ENFERMEIRO: 337443312		
OBS:			

337

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	8/12/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	CNP
2	ACESSO VENOSO PLANTAR	manhã
3	SSF 500ML EV ACM	manhã
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N	CNP
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU IM CP VO DE 8/8H SE DOR INTEN	S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
8	CAPTOPRIL 25MG VO SC PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	S/N
9	OMEPRAZOL 40MG EV VO 1X/DIA EM JEJUM	S/N
10	SSV + CCGG 6/6 H	S/N
12	CURATIVO DIARIO SN	S/N
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA	S/N
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HÍDRATADO
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
12 H					
18 H					
24 H					
24 H					

CONTROLE DE EVOLUÇÃO
 Em 11/02/2020
 Ass: *Quares*

337

OK

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO: FX FEMUR E					
ALERGIA:		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	9/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				ACUM
3	SSF 500ML EV ACM				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SAD
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N				SAD
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTE				SAD
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SAD
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SAD
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SAD
10	SSV + CCGG 8/8 H				SAD
12	CURATIVO DIÁRIO SN				SAD
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				SAD
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
				DR MARCELO MARQUES CRM 1918	
				DR MARCUS BRUNNER CRM 2917	
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	OK	na	na	na	
12 H	na	aparelho	na	na	
18 H					
24 H					
24 H					

12h: Pac não leito, 1/1 queimado, mas afiado ao esv po
falta de aparelho de P.A no retol. S. de
aos cuidados da equipe.

Dayane S. de
Técnicas de Enfermagem
COREN-RR 917.847 TE

CONTAR COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Guang



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 337

Nome: Luiz Felipe S. Varela

DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
☐ GRAU - I		☐ GRAU - I	
☒ GRAU - II		☐ GRAU - II	
Etologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Quimioterápica ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outras	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Quimioterápica ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outras	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm	
Aparência do Leito:	☒ Tecido de granulação ☐ com escara	☐ Tecido de granulação ☐ com escara	
Quantidade de Escara:	☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco	
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento	
Dor:	☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☒ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito	
Condição da pele Periférica:	☐ Normal ☒ Manchada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor	☐ Normal ☐ Manchada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor	
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ AGE ☐ Fibrinase ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outros: Neomicina	☐ AGE ☐ Fibrinase ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outros:	
Hora do curativo:	☐ Manhã ☒ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. do enfermeiro	01- _____	02- _____	01- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Soluções Program.

Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2015

Ass: [Assinatura]

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	10/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				RCM
3	SSF 500ML EV ACM				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				OG
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SN
10	SSVV + COGG 6/6 H				AG
12	CURATIVO DIARIO SN				
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEDAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
					DR MARCELO MARQUES CRM 1918
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
6 H	120/80	70	18	36,5	
12 H	120/80	70	18	36,5	
18 H					
24 H					
24 H					

12h: 201 - mgoa quixos algi car. - Dayane S. Tosin
 12h: 201 - mgoa quixos algi car. - Dayane S. Tosin
 COE-RR 917.047 TE

COPIA COM ORIGINAL
 12/12/2019
 Ass: G. N. N.

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTI: FX FEMUR E					
ALERGIA:		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	11/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				OG
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO SN				SN
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
				DR MARCELO MARQUES CRM 1948	
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	Sem sinais de infecção				
18 H					
24 H					
24 H					
				DR MARCELO BRUNNER CRM 1917	

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: [Assinatura]



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

33

NOME: Luiz Felipe Santana Vaz HDDATA: 12/12/19SEXO: M (F)

IDADE

PESO

KG

LEITO

• ALÉRGICO?

LESÕES



DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CONTROLE DE CATEGORIAS E SÍMBOLOS		DATA	
CATEGORIA CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATEGORIA PERIFÉRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SÍMBOLO VESICULAR	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO VASOENTRAL	SIM () NÃO ()	DATA	
DIAGNÓSTICO	SIM () NÃO ()	DATA	

CONTROLE DE CATEGORIAS E SÍMBOLOS		DATA	
CATEGORIA CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATEGORIA PERIFÉRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SÍMBOLO VESICULAR	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO VASOENTRAL	SIM () NÃO ()	DATA	
DIAGNÓSTICO	SIM () NÃO ()	DATA	

CONTROLE DE CATEGORIAS E SÍMBOLOS		DATA	
CATEGORIA CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATEGORIA PERIFÉRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SÍMBOLO VESICULAR	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO VASOENTRAL	SIM () NÃO ()	DATA	
DIAGNÓSTICO	SIM () NÃO ()	DATA	

CONTROLE DE CATEGORIAS E SÍMBOLOS		DATA	
CATEGORIA CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATEGORIA PERIFÉRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SÍMBOLO VESICULAR	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO VASOENTRAL	SIM () NÃO ()	DATA	
DIAGNÓSTICO	SIM () NÃO ()	DATA	

CONTROLE DE CATEGORIAS E SÍMBOLOS		DATA	
CATEGORIA CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATEGORIA PERIFÉRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SÍMBOLO VESICULAR	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO VASOENTRAL	SIM () NÃO ()	DATA	
DIAGNÓSTICO	SIM () NÃO ()	DATA	

CONTROLE DE CATEGORIAS E SÍMBOLOS		DATA	
CATEGORIA CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATEGORIA PERIFÉRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SÍMBOLO VESICULAR	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO VASOENTRAL	SIM () NÃO ()	DATA	
DIAGNÓSTICO	SIM () NÃO ()	DATA	

CONTROLE DE CATEGORIAS E SÍMBOLOS		DATA	
CATEGORIA CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATEGORIA PERIFÉRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SÍMBOLO VESICULAR	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO VASOENTRAL	SIM () NÃO ()	DATA	
DIAGNÓSTICO	SIM () NÃO ()	DATA	

CONTROLE DE CATEGORIAS E SÍMBOLOS		DATA	
CATEGORIA CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATEGORIA PERIFÉRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SÍMBOLO VESICULAR	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO VASOENTRAL	SIM () NÃO ()	DATA	
DIAGNÓSTICO	SIM () NÃO ()	DATA	

CONTROLE DE CATEGORIAS E SÍMBOLOS		DATA	
CATEGORIA CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATEGORIA PERIFÉRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SÍMBOLO VESICULAR	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	
SÍMBOLO VASOENTRAL	SIM () NÃO ()	DATA	
DIAGNÓSTICO	SIM () NÃO ()	DATA	

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	12/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				RCM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				in
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				de
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				
10	SSV + CCGG 8/8 H				Rolme
12	CURATIVO DIÁRIO SN				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
				DR MARCELO MARQUES CRM 1918	
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	sem aparelho		manhã		
18 H					
24 H					
24 H	110x80	65	-	36,7°C	
				DR MARCUS BRUNNER CRM 1917	

DR MARCUS BRUNNER
 11/08/2020
 Ass: *Guilherme*



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 337

Nome: <u>Leub Felipe Velezito</u>	
DATA: <u>23/12/19</u> ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região  
DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região  
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Vascular ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neurológica ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____	Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neurológica ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Tipo de tecido do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com escarcio ☐ Tecido necrótico	Tecido de granulação ☐ com escarcio ☐ Tecido necrótico ☐ Escara
Osmidade da Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo
Dor: ☒ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Olor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor
Condição da pele Perifoneal: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____
Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na ferida): ☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs: _____	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem <u>Valdenice R. Pena</u> R. 01- _____ R. 02- _____	R. 01- _____ R. 02- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro <u>Valdenice R. Pena</u> R. 01- _____ R. 02- _____	R. 01- _____ R. 02- _____
OBS: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	OBS: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Branco e ConveTec, Solução Programada.
Os pacientes com 92 ou mais meses, estes devem ser avaliados separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Quares

337

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

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____
PACIENTE LUIZ FELYPE SANTANA VARELA
AGNÓSTICO FX FEMUR E
ALERGIAS _____ HAS _____ NEGA _____ DM2 _____ NEGA _____
IDADE _____ LEITO 337 DATA 14/12/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Manter
3	SSF 500ML EV ACM	Acum
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	Suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 8/8h S/N	S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT	S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
8	CAPTÓPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	S/N
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM	S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H	S/N
12	CURATIVO DIÁRIO SN	S/N
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

*deficit de
rotina farmacológica*

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H	110/70	80		37,0
24 H				
24 H				

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

+ diarreia

CONTASS COM GASTRO
12/11/2020
Quais

Paciente refreia diarreia
+ de 08 episódios
Ruy



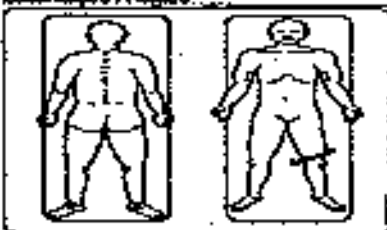
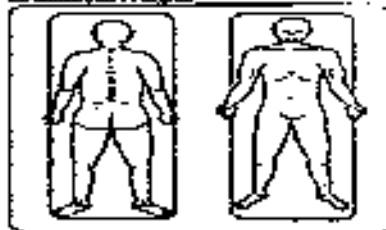
Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão:06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 337

Nome: <u>Luiz Kellyze Loreto</u>			
DATA: <u>30/11/19</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região:  <u>INFE</u> <u>troco</u>	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região: 
Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☒ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:		Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: ☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudado: ☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		Quantidade de Exsudado: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	
Dor: ☒ Sim ☐ Não		Dor: ☐ Sim ☐ Não	
Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☒ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:		Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:	
Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outro:		Solução para limpeza: ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☒ Outro: <u>Leomente</u>		Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:	
Hora do curativo: ☐ Manhã ☒ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + e de 24hs			
Carimbo e Assin. Téc. em Enfermagem	01-  Francisca <u>de Souza</u>	02-  Sarah <u>Mendes Oliveira</u> CURSADA 907.500-7E	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Capax/Ex, Solution Program.
Os pacientes com 65 ou mais anos, estas devem ser avaliadas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Francisca

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTICO	FX FEMUR E				
ALERGIA		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	15/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				3VD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MAIOR
3	SSF 500ML EV ACM				Acu
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU DI CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMH				SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEIUM				CO wda
10	SSV + CCGG 6/8 H				afina
12	CURATIVO DIÁRIO SN				SN
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
6 H	100/80	67	-	36.2	
12 H	110 x 70	78	-	36.2	
18 H					
24 H					
24 H					

CONTROLE DE MEDICAMENTOS
 Nº 11 02 8000
 ASS: *(Assinatura)*

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

337

DATA DE ADMISSÃO: DIH: DN:

PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

AGNÓSTICO: FX FEMUR E

ALERGIA: HAS: NEGA: DM2: NEGA

IDADE: LEITO: 337 DATA: 16/12/2019

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1: DIETA ORAL LIVRE SMD

2: ACESSO VENOSO PERIFÉRICO m. v. s. d. s.

3: SSF 500ML EV ACM E. C. M.

4: TILATIL 20MG EV 12/12H suspensão

5: DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N

6: TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU O1 CP VO DE 8/8h SE DOR IN

7: PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) S/N

8: CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHg

9: OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM OG

10: SSVV + CCGG 6/6 H

12: CURATIVO DIÁRIO S/N

14: CEFEXANE 40mg SC 1x S/N

15: 16

16: 17

17: 18

18: 19

19: 20

20: SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR

(SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI;

301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤

70 D/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR

PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E
 HIDRATADO
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	F
6 H						DR MARCUS BRUNNER
12 H						CRM 1917
18 H						
24 H						
24 H	130/90	68	-	36,4°C	0	+

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

Ass.: Guarion



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 337

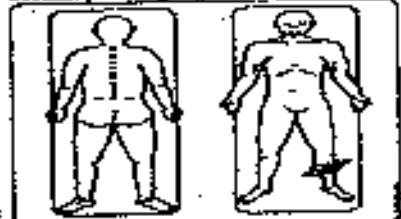
Nome: Luis Felipe Varila

DATA: 16/12/14

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região



DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ oncológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

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

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com escalo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☐ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele
Perifoneal

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Pálido ☐ Outras:

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na ferida)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Flaxose ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outros:

Hora do curativo:

2ª Manhã 11:50 ☐ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
em casa de e de 24hs

16/12/2014 14h

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Valéria 02

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

Cor. J. Pena 02

OBS:

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Edo Bragança e Coava Tec, Solução Programada.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, esta deve ser avaliada separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2015

Ass: Quaver

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: LUIZ FELYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO: FX FEMUR E					
ALERGIA:		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE:		LEITO	337	DATA	13/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:30
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5:30
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				
10	SSV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO SN				5:30
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
				DR MARCELO MARQUES CRM 1913	
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
8 H					DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
12 H	Sfaparelho na imobilidade				
18 H					
24 H					
24 H					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Guilherme

NOME: ROBERTO CARLOS HD: SEXO: M IDADE: 43 ANOS PESO: 70 KG LETO: • ALÉRGICO?

DATA: 10/12/43



CATEGORIA	SIM	NÃO	LOCAL	DATA
CATETER CENTRAL				
CATETER PERIFÉRICO				
Sonda vesical				

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ☐ NÃO ☐ () DATA:

SONDA NASOENTRAL: SIM ☐ NÃO ☐ () DATA:

DRENOS: SIM ☐ NÃO ☐ () QUAL:

1- PERIMETRO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ☐ NÃO ☐ () LOCAL:

GRAU I ☐ GRAU II ☐ GRAU III ☐

MAPEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () SAZONÁVEL () PRECÁRIA

OROS:

EXPANSÃO: () SÍMETRICO () ASSÍMETRICO

DOES INSPIRATÓRIAS: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIAS: () RUPNICO () TAQUIPNICO () BRADIPNICO () DISPNEICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

COMETAS POR ORFES: () AUSENTE () PRESENTES

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICA

DIAPNÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORMAL () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APERTURA DE BOCAL: () REGULAR () IRREGULAR ()

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PÊNSULO PERIFÉRICO: () NORMAL () DIMINUÍDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME

PULSOS: () NORMOCARDÍACO () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO

R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () MOLE PALPÁVEL

ELIMINAÇÃO DE URÍNIOS/FEZES: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENTURINÁRIO/URINÁRIOS: () CONCENTRADA () DILUÍDA () DISJUNTA () LARVA

() RISCO DE INFECÇÃO

() PRONTO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INACAPACIDADE DE MANUTER

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() EMFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

DESEQUILIBRADA

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS

AÉREAS

() PADRÃO

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOCISTIMA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉFICIT CARDÍACO DIMINUÍDO

() OUTROS:

() MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE M

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CERCÉBIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS TOT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS

() ATENTAR PARA MALUSAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PERVIDOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE M

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANUTER JEJUNA A PARTIR DAS: HORAS

() REALIZAR OBTRO HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPIRÇÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO M

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EIM

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

337

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNOST: FX FEMUR E					
ALERGIA		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	17/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				10:00
3	SSF 500ML EV ACM				10:00
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU D1 CP VO DE 8/8H SE DOR IN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				Q8
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO S/N				S/N
14	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS: FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO NEVES CRM 1918					
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
24 H	110/70	72	19	36	
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass:

Guais

Fase
Fase

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____

DATA: _____

SEXO: () M () F

IDADE: _____

PESO: _____

KG

LEITO: _____

HD

ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CÂTETERES E SONDAS

LESÕES

CÂTER CÂTERAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CÂTER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	DATA
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	DATA	DATA
DRENOS	SIM () NÃO ()	QUAL?	DATA



ADENTRIGUE SINAIS LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPLITUDE ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____

CÂTERES E SONDAS NÍVEL DE CONSCIENTIA

GRAU () GRAU II () GRAU III

NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA
 VAS AÉRIAS SUPERIORES: () PÉRIAS () OBSTRuíDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL
 OMS: _____

TOCA E RESISTÊNCIA: () MOLE () RÍGIDA

EXPANSÃO: () SÍMETRICO () ASSÍMETRICO

DOE INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () SUPLENIDO () TAQUICARDIA () BRADICARDIA () DISPNEIA

MURMÚRIOS VENTILATÓRIOS: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

ADENTRIGUE SINAIS LESÕES

ADENTRIGUE SINAIS LESÕES

() HIEPATADA () ÚMIDA () DESHIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALÍDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA

() CLAVÍCULA () ACILAVÍCULA () MACROCLAVÍCULA

TEMPERATURA DA PELE: () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () HIPOTERMIA

ABRILHADO CÂTERES E SONDAS

ABRILHADO CÂTERES E SONDAS

ABRILHADO CÂTERES E SONDAS

ABRILHADO CÂTERES E SONDAS

ABRILHADO CÂTERES E SONDAS

ABRILHADO CÂTERES E SONDAS

ABRILHADO CÂTERES E SONDAS

ABRILHADO CÂTERES E SONDAS

ABRILHADO CÂTERES E SONDAS

ABRILHADO CÂTERES E SONDAS

ABRILHADO CÂTERES E SONDAS

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESALINHADA

() MODALIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

() TENDÊNCIA

() DESEMPENHO INEFICAZ DE VIAS

() ADIÉAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEIMAS

() RISCO PARA LESÃO

() ADIÉAS PERTURBADA

() DIABRIZA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DEFEC DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGRADADO PREJUDICADO

() CONFIATO PREJUDICADO

() DÊBITO CARDÍACO DIMINuíDO

() OUTROS:

PREVENÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉRIAS PÉRIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAS DE _____ H

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS 70%

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA

() ATENTAR PARA QUEIMAS ALÉRGICAS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANTER ACESSOS VENÓZOS PÉRIOS

() REALIZAR CONTROLE MIDRÍCO DE _____ H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RISCO GÁSTRICO ANTES DA GASTRINT

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANUTER JEJUNO A PARTIR DAS: _____ H

() REALIZAR DENTRO _____ H

() BRICAMINHA AO BANHO DE ASPERÃO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MANUTENÇÃO DE DECOBITO _____ H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA BRANES EM:

() REALIZAR HIGIENE DE CONFIATO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FÉLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTICO	FX FEMUR E				
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	18/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				7h
3	SSF 500ML EV ACM				8h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				8h
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				suspensão
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR IN				?
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				?
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMHg				?
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				(06)
10	SSVV + CCGG 6/6 H				(06)
12	CURATIVO DIÁRIO SN				SN
14	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16h
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEDAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	aparecho na unidade				
18 H					
24 H					
24 H	deficit de func.				
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: franco

Nome: Luiz Felipe S. Varela

DATA:

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região



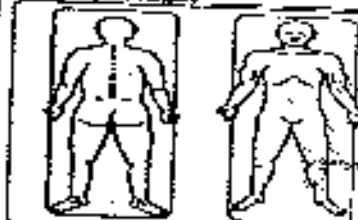
coxa

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ oncológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outras

Tamanho da Ferida:

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

Carência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com escorço
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☒ Clorexidina 4% ☐ Outros

Cobertura primária (Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outros

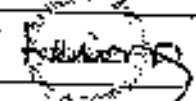
Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca:
caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem

01-



02- Sarah
Sarah Beatriz Cabral
GERENTE 907.950-45

01-

02-

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

OBS:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		OIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
GNÓSTICO	FX FEMUR E				
ALERGIA		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	18/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				12h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 6/8H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 6/8h SE DOR IN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SAD
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				
10	SSVV + CCGG 8/8 H				
12	CURATIVO DIÁRIO SN				SAD
14	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918 DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H	127/79	76			
24 H					
24 H					

Trava de leito às 15:45h - Euf: Raul

COPIA VERBA
Em 11/02/2020
Ass: *[Assinatura]*

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Lucy Kelly Santana ID: _____
 DATA: 13/12/19 SEXO: M IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: _____ ALÉRGICO: _____

CONTROLE DE CATEGÓRIAS		LESÕES		DIAGNÓSTICO	OPRESSIONAMENTO DE ENFERMAGEM
CATEGORIA CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() RISCO DE INFECÇÃO	() MANUTER VIAS AERIAS PERVUS
CATEGORIA PERIFÉRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
SONDAS VAGIAIS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANUTER INCINTORREÇÃO
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() ANSIEDADE	() MANUTER CABECEIRA ELEVADA
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() MEDO	() ASPIRAR VAS /TQT
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEIMAS ALÓGICAS
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() DESOQUILIBRADA	() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() DESCONSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERIAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() FADIGA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR O REGISTRAR EDEMAS
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() RISCO PARA Quedas	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() RISCO PARA LESÃO	() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() AUTOESTIMA PERTURBADA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() ENXERREIA	() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS _____ H
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DENTRO _____ HORAS
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() ORIENTAR AUTO CUIDADO
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() COMUNICAÇÃO VERBAL	() REALIZAR BANHO NO LEITO
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	PREJUDICADA	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() DOR	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() HIPOTERMIA	() REALIZAR MISTURA DE CONFORTO
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() HIPERTERMIA	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() INTENSIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() OUTROS
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() CONFORTO PREJUDICADO	
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() CIEBETO CIEBETO PREJUDICADO	
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() VOLUME	



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

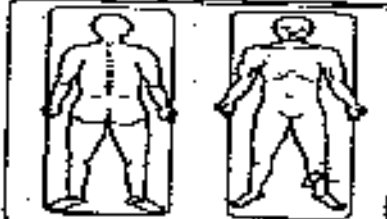
Protocolo nº I Versão: 06 Data de Elaboração:
Fevereiro 2013
Atualizada: Janeiro / 2015
ENE/LEITO: 339

Nome: Luiz Felipe Vasula

DATA: 19/02/19

☐ GRAU - I
☒ GRAU - II

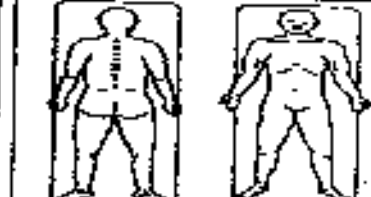
Localização / Região



DATA:

☐ GRAU - I
☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia: ☒ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: F. Brn

Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito: ☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato: ☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato: ☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor: ☒ Sim ☐ Não

Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele Perifoneal: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☒ Gaze ☐ Colágeno
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: Normalin

Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca: 20/02/19

Em caso de + de 24hs

Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

RECUSADO POR: _____
Enfermeiro: _____
COREN - RR 349.962

Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico ☐ Escara

Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor: ☐ Sim ☐ Não

Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele Perifoneal: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza: ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☐ Gaze ☐ Colágeno
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem

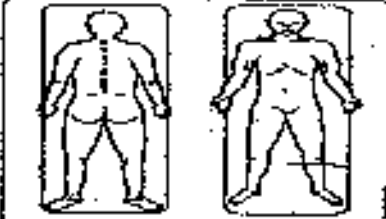
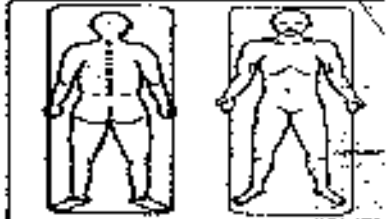
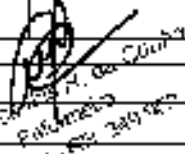
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Conectec, Sistema Programa.
Os pacientes com 62 ou mais anos, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass: Quares

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 336		

Nome: <u>Leiz Felipe Santana Leal</u>			
DATA: <u>2012/1/9</u> ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 		DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Vênosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Queimadura ☒ EC		Localização / Região 	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito: ☒ Tecido de granulação ☐ sem esclero ☐ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esclero ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato: ☐ Seco, mínimo ☐ Úmido, pouco ☐ Úmido, moderado ☐ Molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: ☐ Seco, mínimo ☐ Úmido, pouco ☐ Úmido, moderado ☐ Molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	
Dor: ☒ Sim ☐ Não		Dor: ☐ Sim ☐ Não	
Olor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		Olor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras _____		Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras _____	
Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____		Solução para limpeza: ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na ferida): ☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____		Cobertura primária (Contato direto na ferida): ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo: ☐ Manhã ☒ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- <u>Leiz</u>		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 02- <u>Sandra</u> Sandra Santana Leal enfermeira	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:  27/01/2012 Enfermeiro LCPM/ENF - 249/127		OBS:	

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CaméTec, Soluções Personalizadas.
 Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 de 02 de 2012

Ass: Sandra

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

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

AGNÓSTICO FX FEMUR ESQUERDO

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

330

DATA

22/12/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

CEFALOTINA 1G EV 6/6H

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

5

DIPIRONA 1G EV 6/6H SN

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N

9

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10

SSVV + COGG 6/6 H

12

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG

14

CURATIVO DIÁRIO SN

15

CLEXANE 40MG SC 1X/DIA

16

17

18

19

20

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

70LUGAÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
 CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	O	F
6 H						
12 H	100x70	67	-	36,1°C	+	+
18 H						
24 H						

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

Ass: Guaia



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: **330**

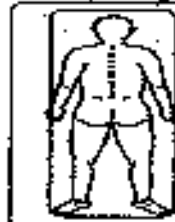
Nome: **Luís Felipe Vargas**

DATA: **22/12/19**

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II x2

Localização / Região



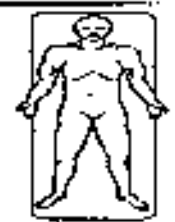
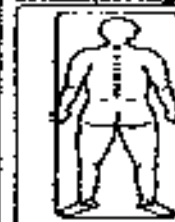
Traco

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Vencos ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Quirúrgica ☐ Trauma ☐ Outras

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com escorço
☐ Tecido necrótico

Quantidade do Exsudato

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele Periférica:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outra:

Cobertura primária (contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colágeno
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outra:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Manhã

Carimbo e ass.

Téc. em Enfermagem

01- Leandine da Silva Rocha

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Téc. Enfermagem COREL RR 551.943

OBS:

OBS:

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e CoenxTos, Software Program. Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em **21/02/2020**

Ass: **Guarua**

330

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE LUIZ FELYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO FX FEMUR ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	330	DATA	23/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				(24) (12)
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				12:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SAV
10	SSVV + CCGG 8/8 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO SN				
15	GLEXANE 40MG SC 1X/DIA				15
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE				
	50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D F
6 H	112/64	78		36.2	+ -
12 H					
18 H					
24 H					

CONTRE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass:

[Assinatura]

Carla Patrícia da Rosa
Enfermeira
CRM 1918

330

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	330	DATA	25/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAVO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MDR
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				330
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 8/6 H				RODIO
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO SN				SN
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H	114x69	89	-	36°C

06:00 Refúgio intenso
administrado Suicidal. Prescrita - TOR

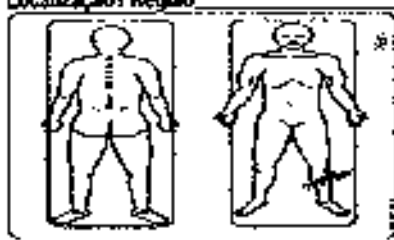
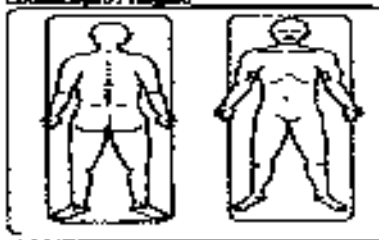
CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/03/2020

Ass: *Guia*

Secretaria de Saúde de Roraima
Unidade de Emergência
Roraima, 10 de 2019

Nome: Luiz Felipe

DATA: <u>25/12/19</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ iatrogênica ☐ Trauma Local:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Quantidade de Exsudato: ☐ seco ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	☐ Sólido ☐ Líquido	☐ Sólido ☐ Líquido	☐ Sólido ☐ Líquido
Tipo de exsudato: ☐ Sólido ☐ Líquido	☐ Sólido ☐ Líquido	☐ Sólido ☐ Líquido	☐ Sólido ☐ Líquido
Dor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outros:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outros:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outros:
Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde	Data da Próxima Troca: Em caso de + de 24hs	Data da Próxima Troca: Em caso de + de 24hs	Data da Próxima Troca: Em caso de + de 24hs
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura da Enfermeira	Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura da Enfermeira	Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura da Enfermeira	Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura da Enfermeira
OBS:		OBS:	

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CouraTec, Solutions Programs.

Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Opina

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	330	DATA	26/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	CEFALOTINA 1G EV 6/8H				SUBP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				10
5	DIPIRONA 1G EV 6/8H SN				10+100
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 6/8h SE DORANTE				15
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSV + CCGG 5/6 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO SN				SN
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
8 H	90x70	66		
12 H				
18 H				
24 H				

10:00 - Realizando AVP, em MSE. R

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Stalio

330

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTI: FX FEMUR ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	330	DATA	27/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 8/8H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN				10/08
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE BOR-INTER				15/00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVY + CCGG 8/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO SN				
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				
16	Dexametasona 10 mg EV				15/00
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

→ P-DE com INFLAM-CA CEFALÉIA
FRONTAL.

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

→ FEEB O ITEM 6.16

→ LOGIC TO CRÂNIO

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

14:35 38.3°C PA 110 X 60

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Guia

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	330	DATA	28/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manter
3	CEFALOTINA 1G EV 8/8H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H <i>suspensão</i>				12 - 12
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				12 - 12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTER				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/8 h				Rota
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO SN				
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				
16	<i>Naproxeno 01 cp de 12/12 horas</i>				12 - 12
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
	<i>Dipirona 1g + AD 8ml Ex agora</i>				12
	<i>Dexametasona 10mg Ex 12/12 agora</i>				12

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Alexandre Freitas
CRM 1917

Ibuprofeno 300mg 1 cp vo agora

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 08 / 2020

Ass: *Guia*

11:29 Pt com cefaleia intensa, fotofobia, fonofobia e náuseas há 2 dias. Cefaleia típica de padrão migratório. Ex neurológico normal.

CD: Tto abortivo de crise migratória.

Dr. Alexandre Freitas
CRM 1917

obs: Tramal somente se dor relacionada a patologia.



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

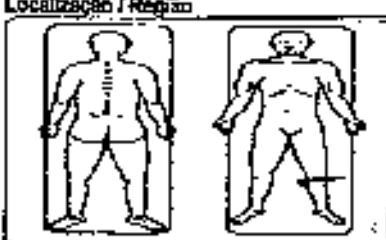
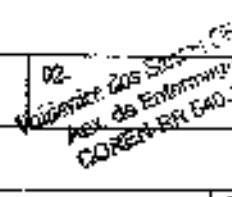
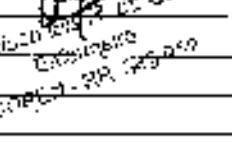
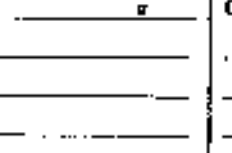
Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 380

Nome: <u>Luiz Felipe Souto Veiros</u>			
DATA: <u>28/12/19</u>	Localização / Região		DATA: _____
☐ GRAU - I			☐ GRAU - I
☒ GRAU - II			☐ GRAU - II
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____		☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico		☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	☒ Seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		☐ Seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo
Dor:	☒ Sim ☐ Não		☐ Sim ☐ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor
Condição da pele Periférica:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☒ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____		☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____
Solução para Banho:	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outras: _____		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outras: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☒ Outros: <u>Curativo</u>		☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outros: _____
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde		☐ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca, em caso de e de 24hs:			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	02- 		01- 
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	02- 		01- 
OBS:			

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de João Branco e ConaTos, Sistema Programar.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11 de 08/2020
Ass: Quatzen

PEDIDO DE PARECER

Unidade: Hospital das Clínicas

Nome: Luis Felipe S. Jovella

Idade:

REGISTRO:

Bloco:

Leito: 330.

De:

Oftalmologia

Para:

Clínica Médica

Paciente internado com Fratura de fêmur
evoluindo por trauma (TBC) em 28/11/19.
com intensa afolia (Sem pulso
Medicamentosa)

28/12/2019

Data

Parecer p/ CH p/ investigação

Dr. Marcelo Marques
Médico
CRM 1914/RR
médico

Sob. orientação Dr.
Ferreira

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Quares

Data

médico

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

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE **LUIZ FELYPE SANTANA VARELA**

AGNÓSTICO **FX FEMUR ESQUERDO**

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

330

DATA

29/12/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

SAB

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

SAB

3 CEFALOTINA 3G EV 6/6H

Mantenha

4 NAPROXENO 01CP, DE 12/12 HORAS VO

SUSP

5 DAPIRONA 1G EV 6/6H

SUSP

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTER

SUSP

7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

SUSP

8 RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N

SUSP

9 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

SUSP

10 SSVV + CCGG 6/6 H

SUSP

12 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG

SUSP

14 CURATIVO DIÁRIO SN

SUSP

15 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA

SUSP

16 DEXAMETASONA 10MG EV LENTO DE 12/12 HORAS

SUSP

17

SUSP

18

SUSP

19 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

SUSP

20

SUSP

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
 CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H	110x70	58		

CONFERE COM ORIGINAL

em 11/08/2020

Ass: *[Assinatura]*



Acompanhamento das Feridas

Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

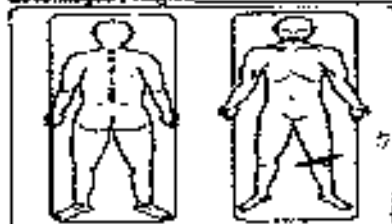
ENF/LEITO: 330

Nome: Luiz Felipe Santos Varela

DATA: 29/12/14

☐ GRAU - I☒ GRAU - II

Localização / Região

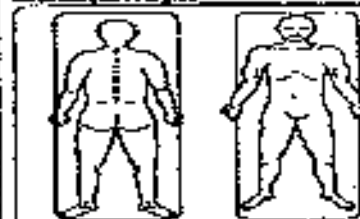


mte

DATA:

☐ GRAU - I☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia:

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ onuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outras

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm
Largura _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com escorço
☐ Tecido necrótico

Quantidade do Exsudato:

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele

Perifoneal:

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☒ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☒ Cloroxidina 4% ☐ OutrasCobertura primária
(Contato direto na lesão)☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☒ Outros: *Alginato*

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.

Téc. em Enfermagem

01- *[Assinatura]*
COPEN - RR 340 58702- *[Assinatura]*
COPEN - RR 340 587

01-

02-

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

OBS:

[Assinatura]
Tatiane dos R. de Souza
Enfermeiro
COPEN - RR 340 587

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CurvaTec, Software Programar.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser avaliadas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: *[Assinatura]*

330

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE LUZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO FX FEMUR ESQUERDO					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	330	DATA	30/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mantido
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	NAPROXENO 01CP. DE 12/12 HORAS VO				08
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				18 24 06 12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU DT CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO SN				
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16
16	DEXAMETASONA 10MG EV LENTO DE 12/12 HORAS				106
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
20	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:

Transferido para H6R.

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: *Silvia*

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

- 21- Tenaxia 20mg 60 qdia 12
- 22- TRAMAL 100mg + SF 0.9% 100ml 60 21h Fina 12/20/20
- 23- Prednisona 20mg 2x/dia por 5 dias 16
- 24- Dipirona 2g 60 4/4h 16 20 24 08
- 25- Amitriptilina 25mg 60 1x/dia, iniciar agora 12
- amanda Fazer a nota:

Dr. Marcelo Marques
Médico
CRM 1918/RR



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 330 - 3B

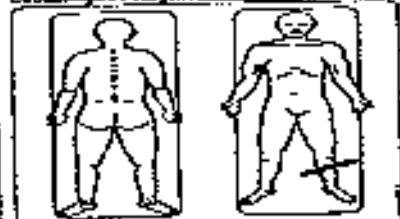
Nome: Luiz Felipe Varela

DATA:

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região



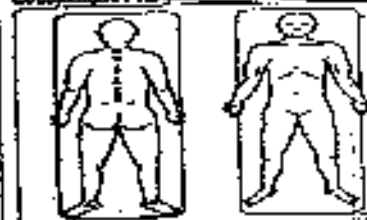
ME

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica / Trauma ☐ outro:

Tamanho da Ferida

Comprimento _____ cm Largura _____ cm
Profundidade _____ cm

Características do Leito

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor

☒ Sim ☐ Não

Odor

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele
Perifoneal:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☒ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca:
caso de + de 24hs

01- 02-

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

01- 02-

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

01- 02-

OBS:

OBS:

Obs: Documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e CurvaTec, Software Program.

Os pacientes com 42 em suas lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2013

Ass: [Assinatura]

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA			
AGNÓSTICO: FX FEMUR ESQUERDO			
ALERGIA:	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	330	DATA
PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	NAPROXENO 01CP. DE 12/12 HORAS VO		
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV DU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		
14	CURATIVO DIÁRIO SN		
15	GLEXANE 40MG SC 1X/DIA		
16	DEXAMETASONA 10MG EV LENTO DE 12/12 HORAS		
17	TRANSFERIR AO HGR - AVALIAÇÃO NEUROCIURGIA		
18			
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
20	(SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Transferir ao HGR.

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
8 H				
12 H				
18 H				
24 H				

CONFERE COM ORIGINAL
 Em 11 / 02 / 2020
 Ass: *[Assinatura]*



HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO
RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL
GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 31/12/2019

PACIENTE: Luiz Kellype Santos DN: 1/1

DIAGNÓSTICO(S): Hernioma Subdural e Epidural

DTH: 1/1

KANBAM: Dieta: Zero

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS:

CULTURAS (1/1):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA 1/1): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:

Cl: HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS:

IMAGEM T.C. de crânio (30/12/2019) - Verificar
Subdural e Epidural (D), lesão de linha média

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente apresentando quadro de
cefaleia e vômitos, hemiparesia (D)

T.C. de crânio evidenciando Hernioma
Subdural e Epidural (D) com deslocamento
de linha média

Neurólito realizado Urgente de Neurocirurgia

Rua Vista, 31 de Dezembro de 2019 Hora: 9:00

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico

Dr. Felipe Soares Pereira
Neurocirurgião
CRM-RR 16251-1/1

CRM 1

CRM 16251, RPR

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: (Guilherme)



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

7015

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 20/12/19

PACIENTE: Luiz Felipe S. Velloso, DN: 21/12/95

DIAGNOSTICO(S): fr. 3º grau de desidratação

DIH: 8/122/19

KANBAM:

Dieta:

EXAMES ADMISSORIAIS (DATA: / /) Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO³⁻: PH: BE: PO²: PCO²:

EAS:

CULTURAS (/ /):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA: / /) Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca: Cl:

HCO³⁻: PH: BE: PO²: PCO²:

EAS:

IMAGEM

ANTIBIOTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIOTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Guaná

TERAPIA INSTITUIDA:

Clonazepam + Sirtomédica

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

paciente com cirurgia
programado para dia 4/12/19
pelo médico

Bom Vista 20 de dezembro de 2019 Hora:

CRM

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Dr. André Luiz...

CRM

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

Dr. Augusto Caldeante
Médico Residente
Clonazepam e Sirtomédica
CRM-FR 1804



Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Escuro

Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Escuro

Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Escuro

1901184210

08/11/2019 13:23:14

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

18

Paciente

LUZ FELIPE SANTANA VARELA

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDADE

5758582

SSP/GO

14/05/2009

M

SOLTEIRO(A) PÁZDA

BOA VISTA - RR

BRASILEIRA

Mãe

ANDRE LUIS VARELA

Cópiado

(95) 99157-6888

Ocupação

MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA

Endereço

RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 38 - RR

Classe de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis. Prevalar

Motivo do Atendimento

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Caráter do Atendimento

Procedimento de Análise

Procedência

Tempo

Peso

Pressão

ACIDENTE DE MOTO

URGÊNCIA

Sócio

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

Procedimento Sol

Registrado por:

ANTONIA SOARES

Qualidade Principal

Quebra de moto

Prontuário Faltante

Sintomas Respiratório

Suspeita de Dengue

Anamnese do Enfermeiro

GSC

TOTAL

AO: 1234 RU: 12345 SRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 13:30 h)

Paciente trouxe relato de queda em praça pública e colar cervical. Afirmação de colar não mais usado sendo ele o motivo da queda.

Exame Físico

Lesão em cabeça e MTE c/ anamnese relatada pelo Sr. Luz.

Hipótese Diagnóstica

TCE grave

SADI - Exames Complementares

☒ RAO X

☐ ULTRA-SOM

☒ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Solicito RX torax (+ bacilo)

TC de crânio, torax e abdome.

Solicito avaliação pelo Neuropediatra Dr. Sérgio; avaliação p/ TC de crânio; solicito intern. em observação neurológica com TC de crânio. Paciente sem consciência pelo trauma físico.

Dr. Antônio
CRM 123456
Cirurgião Geral

Dr. Sérgio
CRM 123456
Neuropediatra

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Rastreio

☐ Transferência para:

☐ Ambulatorio

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento?

☐ Sim

☐ Não

Destino:

☐ Família

☐ Mtl. Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia soares

Data Hora: 08/11/2019 13:34:00

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/08/2020

Ass: Grazi





SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H-G-R

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO OSCUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Leuzellyne Santana Jareiz

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/11/94

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

Mão 1

Sexo 3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. RGSE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente em fase de Jansen (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internação

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

Histórico + Exame físico + Neurológico

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Futuro diagnóstico de Jansen (E)

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Penecal

09/11/19

Dr. Penecal
Médico
Assistente Social

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO SINISTRO

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNPJ

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() AFORISTADO

() NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 de 12 de 2020

Ass: Guana

1901164210 08/11/2019 19:33:14 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DRUMONDY-19

Paciente: LUIZ FELIPE SANTANA VARELA Data Nascimento: 24 A 11 M 27 D 1984 Idade: 35 anos Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Parda Naturalidade: BOA VISTA - RR CPF: 78404338172 Nacionalidade: BRASILEIRA

Mãe: MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA Endereço: RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 - RR Contato: (68) 99157-4808 Ocupação:

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validez: Autorização: Situação: ACIDENTE DE TRÂNSITO Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atendimento: Procedência: Tempo: Peso: Pressão: Grande Trauma Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Propedimento Sol: Registrado por: ANTONIA SOARES

Queixa Principal: Queda de moto

Antecedentes de Enfermagem:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 13:30 h)

Relato trazido pelo Sr. Luiz Felipe, pai do paciente, relatando que o mesmo sofreu uma queda de moto, com lesões em cabeça e membros superiores e inferiores.

Exame Físico:

Lesões em cabeça e MTE e/ou membros superiores e inferiores.

Hipótese Diagnóstica:

TCE grave.

SADT - Exames Complementares:

☒ RAI-X ☐ ULTRA-SOM ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Solicito RX fêmur (E) + bacia.
T.C. de crânio, tórax e abdome.

Solicito Avaliação pelo Neurologista Dr. Sérgio; Avaliação A.T.C. de crânio, tórax e abdome com observação neurológica com T.C. de crânio e tórax.
Solicito Avaliação pelo Cirurgião Geral.

Conduta

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

- ☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída:

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Fim de vida ☐ Uti. Anestesia Pericárdica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia soares
Data Hora: 08/11/2019 13:34:08

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

Ass: [Assinatura]





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.G.R.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ENCUATANTE

2 - CRES

4 - CRES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

Luiz Felipe Santana Vaz

5 - Nº DO PROFISSIONAL

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/11/94

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO AVILA, Nº, BAIRRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. UCE (MUNICÍPIO)

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente em fase de seguimento

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Intervenção

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

Intervenção + Exame físico: Neutrofilia

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

21 - CID-10 PRINCIPAL

22 - CID-10 SECUNDÁRIO

23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

Intervenção cirúrgica de seguimento

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/11/94

Carimbo: Conselho Regional de Medicina - CRM - 3.100.000

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - [] ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - [] ACIDENTE TRABALHO TIPO

34 - [] ACIDENTE TRABALHO TRAVEJO

35 - CRIANÇA SEGURADORA

36 - Nº DO BILHETE

37 - SÉRIE

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNPJ

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

[] EMPREGADO

[] EMPREGADOR

[] AUTÔNOMO

[] DESEMPREGADO

[] APOSENTADO

[] NÃO SEGURADO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

43 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

[] CNS

[] CPS

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/09/2000

Ass: [Assinatura]

	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				445
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
	PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	13/11/2019	DN	
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DIAFISE E				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	401-5	DATA	21/11/2019
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				50
2	AVP				10
3	CLEXANE 40MG SC 1X AD DIA				10
4					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				50
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AD DIA				10
7	PLASIV 10MG EV 8/8H S/N				10
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				10
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				10
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				50
11	CURATIVO DIÁRIO				10
12	SSVV + COGG 6/6H				50
13	FAZER DESMAME DE SVD				50
14	RETRAR SVD				50
15	AO HG				50
16					50
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, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
# EXAME FÍSICO: SEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL E					
# PRE					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1954 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12 H	104/59	78	20	37,5	
18 H					
24 H					

Obs: Colhido material para exames laboratoriais e encaminhado ao laboratório. Verificado SSVV
 dr. keki

CONFERE COM GABRIEL
 Em 11/02/2020
 Ass.: *[Assinatura]*



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME:

Luiz Felipe Santana Vukobratovic
Lauado Médico

Paciente encontra-se internado
no Hospital Geral de Roraima,
leito 401-5 desde o dia
8/11/19 com quadro de
febre e dor
segundo procedimento
~~diagnostico~~ procedimento
no dia 9/12/19

DATA

13/11/19

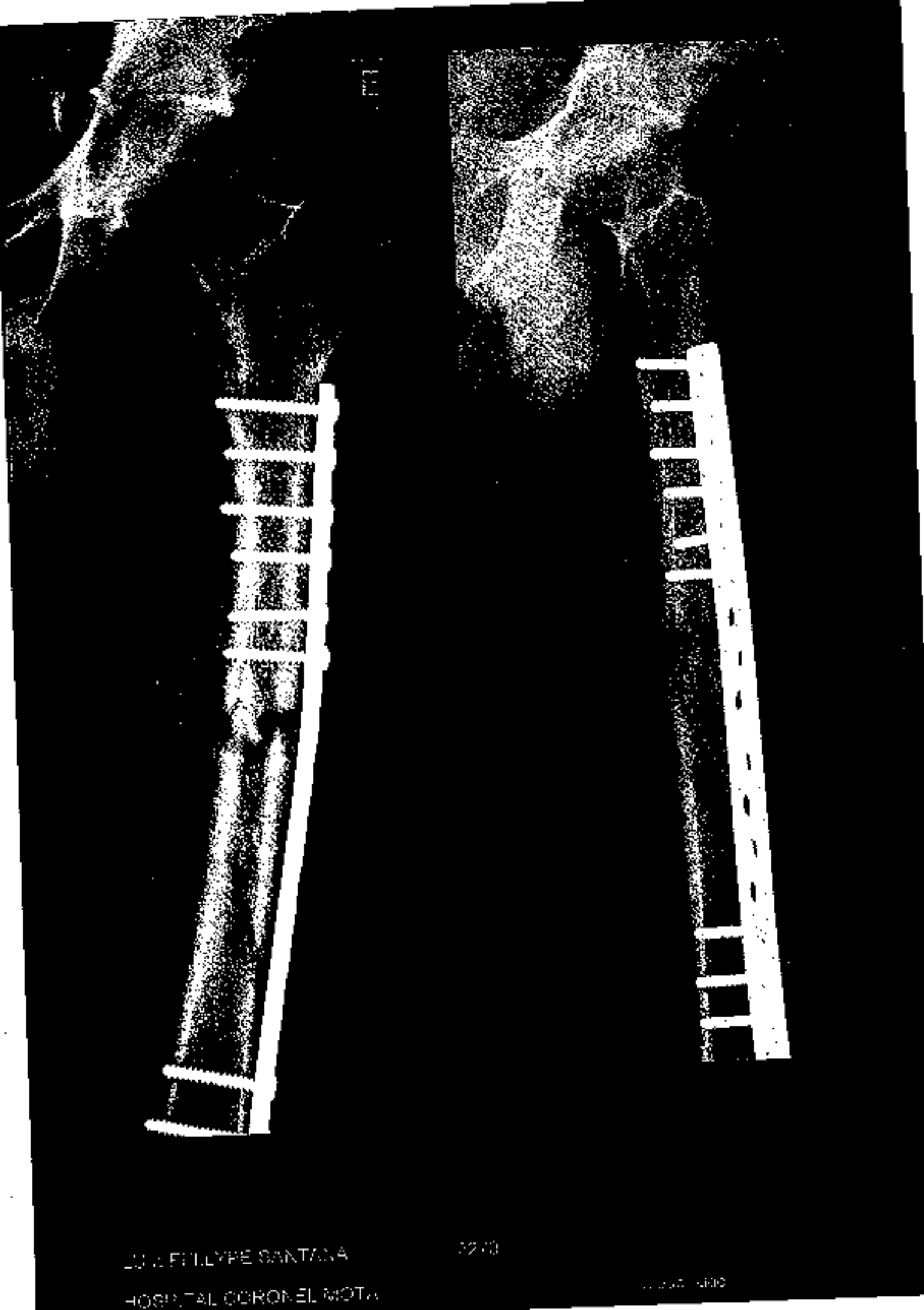
ASSINATURA

Dr. A. ...
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1984

Dr. ...
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1984

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 68.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0838

 SUS	Sistema Unidade de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: H.G.R.			2 - CATEGORIA: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: _____			4 - CNES: _____
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME DO PACIENTE: Leuzellyze Santana Varetz			6 - Nº DO REGISTRO: _____
7 - CARTÃO NACIONAL DE UNIDADE: _____			8 - DATA DE NASCIMENTO: 11/11/94
9 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL: _____			10 - SEXO: ☒ F ☐ M
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____			12 - TELEFONE DE CONTATO: _____
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____			14 - CÓD. IGEE MUNICÍPIO: 12 - UF: _____
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
15 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente com fratura de fêmur (E)			
16 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Internação			
17 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Histórico + Exame físico + Neurológico			
18 - DIAGNÓSTICO: fratura de fêmur (E)			
19 - PROCEDIMENTO SOLICITADO: Internação			
20 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Dr. Penacal			
21 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 09/11/19			
22 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: 			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
23 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____			
24 - Nº DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____			
25 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____			
26 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____			



LUIS FILIPE SANTANA
HOSPITAL CORONEL MOTA

02/00

11/00/00



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME:

Luiz Felipe Santana Vanda
Laido, Médico

Paciente encontra-se internado
no Hospital Geral de Roraima,
Setor 401-5 desde o dia
8/11/19 com quadro de
ferimento aberto.

Após o procedimento
~~cirúrgico~~ realizado
no dia 9/12/19

DATA

13/11/19

Dr. A. ASSINATURA E CARIMBO

Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1884

Carimbo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1884

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0636

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0086578/20

Vítima: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

CPF: 754.043.381-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/11/2019

Titular do CPF: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA : 754.043.381-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/03/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Luiz Fellype Santana Varela
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Servico Gerais
Nº DO RG: 5259592 ÓRGÃO EMISSOR: SSP
DATA DE EMISSÃO: _____
Nº CPF: 754.043.381-72
ENDEREÇO: AV. Luiz Maximiliano Trindade 30 Senador Helio Campo

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Corretor
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR
DATA DE EMISSÃO: 23.10.2014
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: CC 18-295 Laura Maxeixo

PODERES:

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

Boa Vista-RR, 05 de Fevereiro de 20 .

Luiz Fellype Santana Varela
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

 **CARTÓRIO LOUREIRO**
DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AV. VISTA DO LAR, Nº 506 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (65) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTELOLOUREIRO.COM.BR

REC AUTENTICA a(s) assinatura(s) Assinatura
[3etp580]-LUIS FELYPE SANTANA VARELA
CK Em testemunho da verdade Boa Vista: 04/02/2020
Emol 2.45 FUNDEJURR 0.25 FISC 0.10 FECON 0.10 ISS 0.10 Vir Selo 1.50
Selo REC FIR 1583450756 QN25R52 CK26 N° Ticket: 00252
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 75404338172

Dr. Eda Severino de Sousa Júnior
Tabelião Substituto
Cartório Loureiro

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento, Dou fé.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0086578/20

Vítima: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

CPF: 754.043.381-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/11/2019

Titular do CPF: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA : 754.043.381-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/03/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA