


PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
5ª Vara Cível
Processo 0815640-66.2020.8.23.0010

Comarca: BOA VISTA
Data de 18/06/2020 **Situação:** Público
Classe 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Data Distribuição: 18/06/2020 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

Parte(s) do

Tipo: Promovente
Nome: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA
Data de 11/11/1994 **RG:** 5759592 SSP/RR **CPF/CNPJ:** 754.043.381-72
Filiação: /

Advogado(s) da Parte

1616NRR Wallyson Barbosa Moura

Tipo: Promovido
Nome: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
Data de Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

Data: 18/06/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL

Por: Wallyson Barbosa Moura

Relação de arquivos da movimentação:

- [illegible]



WALLYSON BARBOSA
Advocacia e Consultoria

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA
COMARCA DE BOA VISTA – RORAIMA.**

LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA,

brasileiro, solteiro, desempregado, carteira de identidade nº 5759592, inscrito no CPF nº 754.043.381-72, telefone nº 98109-7012, (não possui e-mail), residente e domiciliado na Av Juiz Maximiliano Trindade, nº 30, Bairro Hélio Campos, Boa Vista-RR, CEP 69.316-524, por seu advogado ao final assinado, constituído nos termos da procuração anexa, com escritório na Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima, onde recebe intimações e notificações, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT

Em face da empresa **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ 09.248.608-0001 / 04, localizada no endereço Rua Senador Dantas, Nº 74 – 5º Andar – Centro – CEP. 20.031-205 – Rio de Janeiro – RJ, Tel. (021) 3861-4600, Fax (021) 2240-9073, tendo em vista as razões de fato e de direito a seguir:

DA JUSTIÇA GRATUITA

Requer à V. Ex^a. Seja deferido o benefício da Gratuidade de Justiça, com embasamento na lei 1.060/50, com alterações introduzidas pela lei 7.510/86, por não ter condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.





WALLYSON BARBOSA
Advocacia e Consultoria

QUANTO À AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO (art.319, VII, CPC)

O autor **NÃO** opta pela realização de audiência conciliatória (CPC, art. 319, inc. VII),

DOS FATOS

No dia 08 de novembro de 2019, o requerente sofreu grave acidente de trânsito e, em consequência, ficou com INVALIDEZ, conforme demonstra o Boletim de Ocorrência expedido pela Delegacia de Acidente de Trânsito (DAT) da Polícia Civil do Estado de Roraima, comprovando a ocorrência do acidente; comprovante de atendimento ao paciente e o laudo médico acostados, que descrevem o acidente; comprovante de atendimento do Hospital Geral HGR, acostados, que descrevem o acidente.

Consta no referido Laudo Médico, que devida a ação contundente do acidente, o paciente (requerente) sofreu trauma em pares do seu corpo, resultando em sua invalidez para o exercício de suas atividades laborativas.

O autor **sofreu graves fraturas no fêmur e crânio, decorrente do acidente objeto desta lide, no qual restou sequelas que limitam os movimentos físicos do autor, como andar. (laudos médico em anexo).**

Desta forma, o Autor apresentou toda a documentação necessária para o recebimento da indenização referente ao seguro obrigatório (DPVAT) pela via administrativa junto a referida seguradora.





WALLYSON BARBOSA
Advocacia e Consultoria

Entretanto, a Ré, seguradora responsável pelo pagamento, aproveitando-se da condição do Autor, que em razão da tragédia ocorrida e estando ainda fragilizado, **efetuiu o pagamento de apenas R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, ou seja, lesando o Postulante no momento em que ele e sua família mais necessitavam de auxílio (docs. anexos).

São os fatos de forma sucinta.

DO DIREITO

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se 43,art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

Art. 5º. *O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (grifo nosso)*

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

"Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nosvalores que se seguem, por pessoa vitimada:



WALLYSON BARBOSA
Advocacia e Consultoria

I - até R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)
- no caso de invalidez permanente;

Este é o entendimento do Tribunal de Santa Catarina, vejamos:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO DPVAT. PROVA PERICIAL. APURAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ. DESNECESSIDADE. PAGAMENTO DE PARTE DO VALOR DEVIDO A TÍTULO DE SEGURO DPVAT PELA SEGURADORA. RECONHECIMENTO IMPLÍCITO DA INVALIDEZ PERMANENTE DA VÍTIMA. RECURSO PROVIDO. (TJSC Agravo de Instrumento: AI 743444 SC 2009.074344-4; **Relator (a):** Nelson Schaefer Martins; **Julgamento:** 20 /04 / 2010; **Órgão Julgador:** Segunda Câmara de Direito Civil; **Publicação:** Agravo de Instrumento n.2009.074344-4).

DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer;

- a) a concessão dos benefícios da justiça gratuita nos termos da lei 1.060/50, com alterações introduzidas pela lei 7.510/86,
- b) a citação da Seguradora requerida, para que, querendo, apresente resposta no prazo legal, sob pena de revelia;
- c) que seja julgada PROCEDENTE a presente ação, condenando a parte Ré ao pagamento de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), acrescentando-se, de juros à base de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária pelo IPCA-E, incidentes desde o efetivo cumprimento



WALLYSON BARBOSA
Advocacia e Consultoria

da obrigação em razão da recusa do pagamento administrativo do DPVAT;

- d) a condenação da parte Ré ao pagamento dos honorários de sucumbência.
- e) Protestar por todos os meios de provas admitidas em direito, especialmente a prova documental acostada aos autos.

Dà-se a causa o valor R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Ternos em que,
Pede deferimento.

Boa Vista/RR, 18 de junho de 2020.

WALLYSON BARBOSA MOURA
OAB/RR 1616





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

PROCURAÇÃO

Eu, LUÍZ FELLYPE SANTANA VARELA; brasileiro (a), SOLTEIRO, DESEMPREGADO, portador (a) da cédula de identidade RG nº 5759592, inscrito (a) no CPF sob o nº 754.043.381-72, residente e domiciliado (a) na AV: SUÍZ MAXIMILIANO TRIUNFO nº 30, Bairro HÉLIO CAMPOS, CEP 69.316-524, telefone nº 98109-700 Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 16 de JUNHO de 2020.

Luiz Felipe Santana Varela
OUTORGANTE.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1831225761

PROIBIDO PLASTIFICAR
1831225761

NOME
LUIZ FÉLYPE SANTANA VARELA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF
5759592 SSP GO

CPF
754.043.381-72

DATA NASCIMENTO
11/11/1994

FILIAÇÃO
ANDRE LUIS VARELA
MARIA GILVANETE DE SOUSA SANTANA

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06275206619

VALIDADE
15/03/2024

Nº HABILITAÇÃO
02/01/2015

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR
LUIZ FÉLYPE SANTANA VARELA

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
15/03/2019

ASSINATURA DO EMISSOR
IGO GOMES BRASIL
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

03805143516
RR210069970

RORAIMA
DETRAN-RR



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

Meio(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

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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 FELLYPE 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 2º 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, ate 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 pericia 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 Luz; Que Adriana não apresentou lesões, informou que estava bem, somente nervosa por causa da colisão; Que o veículo Saveiro NUH3017 tambem 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 Policia; Os pertencer 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 origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Visto UVE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde		Vermelho		Vermelho		Vermelho		Vermelho	
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		Laranja		Laranja		Laranja		Laranja	
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		Amarelo		Amarelo		Amarelo		Amarelo	
		Verde		Verde		Verde		Verde	
		Azul Ass.		Azul Ass.		Azul Ass.		Azul Ass.	
901184210		08/11/2019 13:33:14		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
LUIZ FELYPE SANTANA VARELA		11/11/1994		24 A 11 M 27 D				75404338172	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE		5759592		SSP/GO		14/05/2009		M	
Mãe		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade	
MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA		SOLTEIRO(A)		PARDA		BOA VISTA - RR		BRASILEIRA	
Endereço		Pai		Contato					
RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 --- RR		ANDRE LUIS VARELA		(95) 99157-6808				Ocupação	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA							
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL						ANTONIA SOARES	
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue			
"Queixa de moto"									
Anamnese do Enfermagem		GSC		TOTAL					
		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 13:30 h)									
Paciente trouxe pelo filho em prancha rígida e colar cervical.									
Múltiplas de colar mais com sendo ele a motorista de									
Moto.									
Exame Físico									
Lesão em cabeça e MTE c/ anafixo relatado pelo filho.									
Hipótese Diagnóstica									
TCE grave									
SADT - Exames Complementares									
☒ RAIO-X		☐ ULTRA-SON		☒ TC		☐ SANGUE		☐ URINA	
☐ ECG		☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
Solicito RX joelhos @ + bacia									
TC de crânio, tórax e abdome.									
Solicito Avaliação pelo Neurocirurgião, Dr. Sérgio; Avaliação e TC de									
crânio; também marcar em observação neurologia com TC de crânio									
permanente sem conduta pelo neurologia geral									
Condição									
☐ Alta por Decisão Médica		☐ Ambulatório							
☐ Alta a Pedido		☐ Observação (Até 24h)							
☐ Alta a Revelia		☐ Internação							
☐ Transferência para:		Data e Hora da Saída/Alta:							
óbito									
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não		Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: antonia.soares									
Data Hora: 08/11/2019 13:34:00									



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 15/01/2010

O.S. _____

Luiz Felipe Santana Varela

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Posição um DDI e de irrigação;
2. AA + CCE;
3. Incisão longitudinal em coxa (E) + de melão por plomar
do lado posterior + união com + colocação de placa
DDI 18 anéis + parafusos + união de união com
de torção interna de coxa ilíaca + união um lado
posterior + união por plomar + união
4. A QDA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel: (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

28 FFV 2010

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que se encontra no Arquivo Hospitalar

Dr. Elzer Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1528/RR

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 - CNES	
H-G-R					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Luiz Felipe Santana Varelz					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
				11/11/94	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				9 - SEXO	
				Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
				15 - UF	
				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente em fase de ferimento					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Internação					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
História + Exame físico + Neurológico					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
Ferimento profundo de ferimento					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Internação					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
() CNS () CPF					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
Dr. Penecal					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
09/11/19					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
Dr. Otonário de Aguiar					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BÔNUS					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
() CNS () CPF					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
CONFERE COM ORIGINAL					

Em 11/08/2020

Ass.: Guana



Para contato
conosco informe
este número



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

Nº da Nota Fiscal 003642416

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

DEBITOS	VENCIMENTO	CONSUMO	TOTAL A PAGAR (R\$)
01/10/2019	01/10/2019	298	282,13

MARIA GILVANETE DE SOUSA SANTANA
AV JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE 30 SENADOR HELIO CAMPOS
CPF: 00061117532272

CEP: 69.316-524 - BOA VISTA

ROT: 28.001.26.35.033000

Atual:	17291	Atual:	12/09/2019
Anterior:	16993	Anterior:	14/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	12/10/2019
Consumo Medidor:	298	Emissão:	11/09/2019
Consumo Fictício:	298	Aprovação:	12/09/2019
Forma de Pagamento:	FCAM		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIA	B1	14EDB0002	M 2473002	1.1.1.2	361

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 348	CONSUMO 298 A R\$ 0,766106 = 228,29
JUL/19 257	CORRECAO MONETARIA DA IL (2X) 0,11
JUN/19 286	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X) 5,89
MAI/19 279	MULTA POR ATRASO DE IL. (2X) 3,86
ABR/19 316	JUROS DE MORA POR ATRASO (2X) 1,02
MAR/19 301	MULTA POR ATRASO (2X) 8,76
FEV/19 259	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X) 8,70
JAN/19 272	ILUMINACAO PUBLICA 25,50
DEZ/18 407	
NOV/18 485	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
E A 298 - 0,634620	

SABERES IMPORTANTES A RESPEITO DO VENCIMENTO

De acordo com o Regulamento de Serviço Público de Energia Elétrica, a tarifa de energia elétrica é composta por: tarifa de energia elétrica, tarifa de iluminação pública, tarifa de distribuição, tarifa de transmissão e tarifa de geração. A tarifa de energia elétrica é a mais importante e é a que varia mais rapidamente. A tarifa de iluminação pública é a tarifa que varia mais lentamente. A tarifa de distribuição é a tarifa que varia mais lentamente. A tarifa de transmissão é a tarifa que varia mais lentamente. A tarifa de geração é a tarifa que varia mais lentamente.

LIGUE 08007019120 PARA O SAC VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 62AE.49A6.6D06.F631.43AD.9F01.9243.F156

Distribuição:	58,55	Base de Cálculo:	228,29
Energia:	124,13	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	38,80
Encargos:	6,44	Valor do PIS:	0,65
Tributos:	39,17	Valor do COFINS:	0,32

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
------	-------	-------	------	-------	-------	------

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

MÊS FATURADO 09/2019

TOTAL A PAGAR - R\$ 282,13

VENCIMENTO 01/10/2019

Nº da Nota Fiscal 003642416 FCAM



SEQ.: 00240 UC: 0121553-1 DT. LEIT.: 12/09/2019 T. ENTR.: 07
LEITURA: 17291 NORMAL TOTAL: 282,13 CARGA: 012
DT. VENC.: 01/10/2019

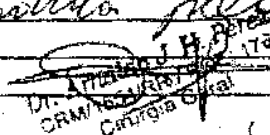
DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, LUÍZ FELLYPE SANTANA VARELA, brasileiro
(a), SOLTEIRO, DESEMPREGADO, portador (a) do RG nº
5753592, inscrito (a) no CPF sob o nº 754.043.381-78, residente e
domiciliado (a) na AV. JUIZ MAXIMILIANO, nº 30, Bairro
HELIÓ CAMPOS, Boa Vista-RR, CEP 69.316-524, telefone
nº (95) 38109-7012, DECLARA não ter condições de arcar com
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 16 de JUNHO de 2020.

Luiz Fellype Santana Varela
DECLARANTE

Visto UVE

 GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação / Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Reclassificação ☒ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.	
901184210 08/11/2019 13:33:14		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19			
Paciente LUIZ PELYPE SANTANA VARELA Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raza/Cor Naturalidade Nacionalidade IDENTIDADE 5759592 SSP/GO 14/05/2009 M SOLTEIRO (APARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA Mãe MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA Endereço RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 --- RR		Data Nascimento Idade 11/11/1994 24 A 11 M 27 D CNB 75404338172 CPF 75404338172 Contato (95) 99157-6508 Ocupação		Pronto-socorro			
Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO Setor GRANDE TRAUMA		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Caráter do Atendimento URGÊNCIA Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		N° da Carteira Profissional do Atend. Procedência Procedimento Sol. Registro por ANTONIA SOARES		Validação Autorização Sis. Prenatal	
Queixa Principal "Queda de moto"		☐ Síndrome Febril ☐ Sintoma Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 13:30 h) Doente ferido pelo chute em prancha rígida e c/ lesões em membros inferiores de colisão com o carro sendo ele a motorista de moto.		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL			
Exame Físico Lesões em cabeça e MTE c/ anafixo na região do pescoço.							
Hipótese Diagnóstica TCE grave							
SADI - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS							
PRESCRIÇÃO Solicito RX torax @ + bacia TC de crânio, torax e abdome.		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
Solicito avaliação pelo Neurologia, De São Paulo; avaliar a TC de crânio, solicitar exame de observação neurologica com TC de crânio anexa. Requerer para conduta pelo cirurgia geral.							
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:		☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta:					
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico  CRM: 123456789 Cirurgia Geral					
Impresso por: antonia.soures Data Hora: 08/11/2019 13:34:00							

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				4 - CNES	
H-G-R					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE					
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				8 - SEXO	
LUIZ FELIPE SANTANA VARELA				Masc ☒ Feme ☐	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				9 - DATA DE NASCIMENTO	
				11/11/94	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
				Nº DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				DDD	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
				15 - UF	
				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente em fratura de fêmur (E)					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Internação					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
História + Exame físico + Neurológico					
20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL					
Fratura fechada de fêmur (E)					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Internação					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
() CNS () CPF					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
Dr. Pencaal					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
09/11/19					
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
33 - Nº DO CONSELHO					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
34 - CNPJ DA SEGURADORA					
35 - Nº DO BÔNUS					
36 - SÉRIE					
37 - ACIDENTE DE TRÂNSITO					
38 - CNPJ EMPRESA					
39 - CNIE DA EMPRESA					
40 - CBO					
41 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
42 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO					
47 - DOCUMENTO					
() CNS () CPF					
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - **HC**

Eu Luiz Felipe Santana Ruela CPF nº

Sou 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) serei 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 retransferência 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:

Responsável:

1) Assinatura: Ingrid Raquel Pio Araujo

Nome Ingrid Raquel Pio Araujo

CPF nº 024.345.632-06

Grav de Parentesco: NOVA

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 entendeu o que expliquei.

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

Nome Completo:

Assinatura do Médico:

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

Dr. André Dantas Marçal
Médico
CRM 1904

CRM 1904



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

DATA: 20/11/19
PACIENTE: Luiz Felipe S. Velloso DN: 7111194
DIAGNOSTICO(S): 1º de grau de insuficiência cardíaca

DIH: 20/11/19

KANBAM:

Dieta:

EXAMES ADMISSIONAIS (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

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIEMTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

Clonazepam + Sirtornitico

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

paciente com cirurgia
programada para dia 4/12/19
pela manhã

Boa Vista, 20 de Novembro de 2019. Hora:

CRM

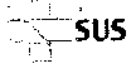
Assinatura/carimbo do Medico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Dr. André Luiz de S. Velloso

CRM

Assinatura/carimbo do Medico Regulador



 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 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº do HUP/UNAS	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE		10 - SEXO	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - CDD - CEE MUNICIPAL	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
MASC, 21 ANOS, ACID. (ARTRO-MOTO) HÁ 13 DIAS FX FEMUR DIAF (E) - ACIDENTE TRC CIRURGIC			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
A. ALIADA			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
EX CLÍNICO RADIOLOGICO FX FEMUR (E)			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
24 - CID 10 PRINCIPAL			
25 - CID 10 SECUNDÁRIO			
26 - CID 10 CAUSAS SECUND.			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
INTERFERONAS			
28 - CLÍNICA		29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
32 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		33 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - CNPJ DA SEGURADORA		35 - N° DO BILHETE	
36 - CNPJ EMPRESA		37 - CNPJ DA EMPRESA	
38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		39 - N° DO BILHETE	
39 - EMPREGADOR		40 - EMPREGADOR	
40 - AUTÔNOMO		41 - DESEMPREGADO	
41 - APOSENTADO		42 - APOSENTADO	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CDD ORGÃO EMISSOR	
45 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO

NOME: LUIZ FELLY DE SANTANA VARELA

DATA DE NASCIMENTO: 11/11/84

DATA DE ADMISSÃO: 23/11/20

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FX FEMUR (E)

ADMISSÃO MÉDICA

HDA: MASC, 24 ANOS, S/ COMORB. OU ALERGIAS PREVIA
(PLISA) CARIÓ-TÍPO DIA 08/11/19
C/ RX EVIDENCIANDO FX FEMUR DIAF. A (E)
NO MOMENTO C/ DOR LOCAL APÓS TRANSFERIR
S/ OUTRAS QUEIXAS

HPP: Ø ALERGIAS Ø COMORB.
Ø CIR. PREVIAS

ECTOSCOPIA: REG, LOTE A 4 A. FUMEIRO,

ACV: RIZO 77 BAFS/S

AR: MUO JARA

ABD: INOCEME

AVP: BPP, TEL 24 HRS, PANT. LIVRE

CONDUTA: (A) ANALGESIA (B) AOS CUIDADOS ORTOT.

Assinado S. M. Oliveira
Médico

ASSINATURA E CARIMBO

COMPROVANTE



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Wallyson Barbosa Moura ID: 349 • ALÉRGICO? NÃO
 DATA: 11/12/2019 SEXO: M IDADE: 34 ANOS PESO: 70 KG. LEITO: 349

ENFERMAGEM DO PACIENTE		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM																
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS <table border="1"> <tr> <td>CATETER CENTRAL</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>CATETER PERIFÉRICO</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>SONDA VESICAL</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>DATA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SONDA NASOGÁSTRICA</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>DATA</td> <td></td> </tr> </table>		CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA		SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA		☐ RISCO DE INFECÇÃO ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ ☐ INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ TROCA GASOSA PREJUDICADA ☐ ANSIEDADE ☐ MEDO ☐ ENFRENTAMENTO INEFICAZ ☐ RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA	☐ MANter VIAS AÉREAS PERVIAS ☐ REALIZAR CUIDADOS COM VIAS ☐ VERIFICAR SINAIS VITAIS DE / H ☐ MANter MONITORIZAÇÃO ☐ MANter CABECEIRA ELEVADA ☐ ASPIRAR VIAS /TOT ☐ VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA ☐ ATENTAR PARA QUEIXAS ALGÍCAS ☐ ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS ☐ OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA ☐ MANter ACESSOS VENOSOS PERVIOS ☐ REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE / H ☐ OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA																	
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA																	
LESÕES 		☐ DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS ☐ FADIGA ☐ INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE ☐ RISCO PARA QUEIMAS ☐ RISCO PARA LESÃO ☐ AUTOESTIMA PERTURBADA ☐ DIARREIA ☐ 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 ☐ DEBILIDADE CARDÍACAL PREJUDICADO ☐ OUTROS:	☐ VERIFICAR E REGISTRAR EDENAS ☐ AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM ☐ VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL ☐ ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA ☐ MANter JEIUM A PARTIR DAS: / HORAS ☐ REALIZAR DEXTRO / 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:																
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES 1- FERIMENTO 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 ()		CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS:																	
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO MÚRMUROS VESICULARES: () PRESENTE () AUSENTE () TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () SIBILOS () ESTÉRTORES () SIBLOS CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:		☐ HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA ☐ CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FRUFORME PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO:																	
APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO RUA: () PRESENTES () AUSENTES () AGUDES () CRÔNICOS () LUBRIFICAÇÃO/DEBILIDADE/EMISSÃO:		☐ ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO ☐ TENSÃO: () TENSÃO () TENSÃO PALPÁVEL ☐ DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () ICTERINA ☐ FREQUÊNCIA:																	
APARELHO GENITURINÁRIO/OUTRE MICTURIA: () NORMAL () ANORMAL () OUTROS:		☐ OUTROS:																	

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: TARDE: DATA / HORA		ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: TARDE: 1800 DATA / HORA Receita no leito, sem problemas de cuidados de enfermagem. Comer Lupa, Flutuação de Sinais, Tensão de 120/80mmHg, CORREN-PR 910.123	
NOITE: DATA / HORA ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:		NOITE: DATA / HORA ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: Feito medicação e cuidados apm. até o momento sem alterações.	

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	24/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	SSF 500ML EV ACM				SN
4	TILATIL 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 MMMHG				SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
12	CURATIVO DIÁRIO SN				SN
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				SN
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 ≥ 80% 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
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	90x60	84	-	36,2°C
12 H	90x60	83	-	35,8°C
18 H	90x70	82	-	36,7°C
24 H	119x76	94	-	36,6°C
24 H				

DR MARCUS BRONNER
CRM 1917

Atenção: 24/11/2019
paciente evoluiu bem a este,
sem intercorrências clínicas.
Também encaminhado
Núcleo de
CRM 7.2361

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO

AS
O DE ENTERRAMENTO
REAS PERVAS
DOS COM VAS

LESDOES

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

1-FERIMENTO 2-ABRASÃO 3-HEMATOMA 4-DEFORMIDADES 5-FRATURA

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

GRAU I () GRAU II () GRAU III

ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA
() PRECÁRIA

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

COSSO: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO -

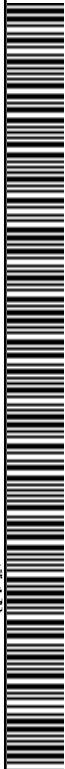
RUJADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

CO () AUSSEN
FREQUENCIA: 2400

ESTADO FUNCIONAL: 1 1 NUTRICION 1 1 DISNUTRIDO

PROCESSIONATA
C. 14541

CONFIDENTIAL



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJL2E J5J2A N2EAF 2QO6B

CONFIDENTIAL

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:

Lucas Felipe Vaito

HD

DATA:

22/11/18

SEXO: M () F

PESO

KG.

LEITO

319

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER CENTRAL			
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA	
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	DATA	
DRENOS	SIM () NÃO ()	QUAL?	

LESÕES

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

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA

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

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

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

OBS:

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

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

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

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

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESHÍDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

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

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

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

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

LOCAL DO PULSO:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.M.G. PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENTURINÁRIO/DIURÉTICO:

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANUTER

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() FRENTEAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

() TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOTESTIMATO PERTURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTENSIDADE DA FEBRE PREJUDICADA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABCÉLULA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS /TOT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA

() ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALGICAS

() ATENÇÃO PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE

() 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 JEJUM A PARTIR DAS: H

() REALIZAR DEXTRO / HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO / H

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA

() ATIVIDADE FÍSICA.

() OUTROS

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ12E J5J2A N2E





CONFIDENTIAL

319

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	22/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mon
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18.00
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				50
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				00
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Polina
12	CURATIVO DIARIO SN				SN
14	CLAXANE 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 MEDICA:

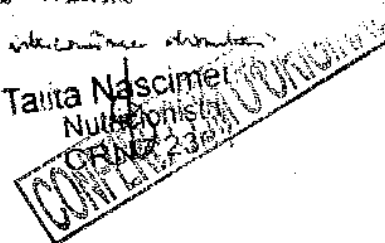
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	DIAPHR	TEMP	
6 H	98x61	89	-	+ 36.4°C	Resp - DR MARCUS BRUNNER
12 H	80x62	69	+	36.8°C	23 Sim CRM 1917
18 H	100x70	84	+	36	
24 H	111x56	80	-	+ 36.0°C	Resp - 2 V Sim CRM
24 H					

Prescrição de insulina - 22/11/19
paciente mantido com a dieta
sem intercorrências observadas

Tatiana Nascimere
Nutricionista



319

404
5

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		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 FELYPE 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				21/11																				
2	AVP				10/11																				
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				10/11																				
4																									
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				10/11																				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				10/11																				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N																								
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN																								
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N																								
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				10/11																				
11	CURATIVO DIÁRIO				10/11																				
12	SSVV + CCGG 6/6H				10/11																				
13	FAZER DESMAME DE SVD				10/11																				
14	RETIRAR SVD				10/11																				
15	AO HC				10/11																				
16					10/11																				
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: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL E # PRE																									
SINAIS VITAIS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>6 H</td> <td>PA</td> <td>FC</td> <td>FR</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>104/69</td> <td>78</td> <td>20</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					6 H	PA	FC	FR		12 H	104/69	78	20	30	18 H					24 H					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1954 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR																						
12 H	104/69	78	20	30																					
18 H																									
24 H																									

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

CONFERE COM O ORIGINAL

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	23/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SLID
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				MAN
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				DE
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H (S/N)				
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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 F/OU PAD > 110 MMMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				DE
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO SN				
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				DE
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	100x60	78	20	36°C	+0
12 H	100x70	81	-	36.2°C	P
18 H	90x60	78	21	36.7	Sever
24 H	100x60	92	20	36.3°C	+ +
24 H					

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

Marcus Brunner S. Lima
Téc. de Hemodinâmica
COREN: RR 297.945

Valdenice
Valdenice dos Santos Oliveira
Aux. de Enfermagem
COREN: RR 140.125

CONF. COM O ORIGINAL

CONFIDENTIAL

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConsTee, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

ANEXO 1

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 H.G.R.		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE Luiz Felipe Santana Vaz		6 - Nº DO PRONTO JÚRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO 11/11/94	
9 - SEXO MASC 1 FEM 3		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO R. DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. URB. MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente em tratamento de ferimento			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Internação			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Ferimento aberto de ferimento			
21 - CID-10 PRINCIPAL			
22 - CID-10 SECUNDÁRIO			
23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Internação			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO			
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Venâncio			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 19/11/19			
32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Venâncio			
33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
37 - CNPJ DA SEGURADORA			
38 - Nº DO BILHETE			
39 - CNPJ EMPRESA			
40 - CNIE DA EMPRESA			
41 - CBO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - COD. ORGÃO EMISSOR			
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
46 - DOCUMENTO			
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

Visto UVE

 GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação / Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.	
1901184210	08/11/2019 13:33:14	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19 19	
Paciente LUIZ FELYPE SANTANA VARELA		Data Nascimento 11/11/1994		Idade 24 A 11 M 27 D		CNS 75404338172	
CPF 75404338172		Prontuário 75404338172		Nacionalidade BRASILEIRA		Boa Vista - RR BOA VISTA - RR	
Mãe MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA		Endereço RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 - - - RR		Contato (95) 99157-6808		Ocupação Ocupação	
Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Validade SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Autorização SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend. Profissional do Atend.		Procedência Procedência	
Sector GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol. Procedimento Sol.		Registrado por: ANTONIA SOARES	
Queixa Principal "Acidente de moto"		☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 13:30 h) Paciente chegou pelo SAMU em prancha rígida e colar cervical. Lesões de colisão no tórax e membros superiores e inferiores.							
Exame Físico Lesões no tórax e MTE e/ou anais relatados pelo SAMU.							
Hipótese Diagnóstica TCE grave							
SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Solicito RX tórax e tórax + abdome.							
Solicito avaliação pelo neurologista Dr. Santo; avaliar a lesão cervical, com base nas observações realizadas com TC de crânio.							
Solicito avaliação pelo cirurgião geral.							
Dr. Antônio H. Pereira CRM 15.173 Cirurgião Geral							
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:				☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta:			
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: antonia soares Data Hora: 08/11/2019 13:34:00							

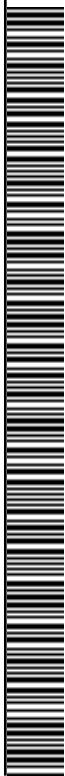


LUIZ FELYPE SANTANA VARELA
HOSPITAL DAS CLINICAS

ID. 2991
Data: 22/11/2019

Nº LEITO 319
Téc. SUELI

58.1



Volte 2761 hora

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
validação deste em <https://prodiui.trir.ius.br/proiuid/> - Identificador: PJL2E J5J2JN2EAF 2006B



23/01/2020

Laudo Para Solicitação De A. I. H.

SD7-4

 Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		2 - CNES 231965-9			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		4 - CNES 231965-9			
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME DO PACIENTE LUIZ FELYPE SANTANA VARELA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 00176578			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 703601060941930		8 - DATA DE NASCIMENTO 11/11/1994		9 - SEXO 1 - Masculino	
11 - NOME DA MÃE MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA		10 - RAÇA / COR PARDA		10.1 - ETNIA	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL LUIZ FELYPE SANTANA VARELA		12 - TELEFONE DE CONTATO (95) 99157-6808		14 - TELEFONE DE CONTATO (95) 99157-6808	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 - CASA - SENADOR HELIO CAMPOS		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BOA VISTA		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO - 18 - UF 140010 RR	
19 - CEP 69.316-524					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
24 - CID 10 PRINCIPAL					
25 - CID 10 SECUNDÁRIO					
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
29 - CLÍNICA CIRURGIA GERAL					
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO ELETIVO					
31 - DOCUMENTO					
32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE)					
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/01/2020					
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO					
37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
39 - CNPJ DA SEGURADORA					
40 - Nº DO BILHETE					
41 - SÉRIE					
42 - CNPJ DA EMPRESA					
43 - CNAL DA EMPRESA					
44 - CBOR					
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - COD. ORGÃO EMISSOR					
48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Luiz Felipe Santana Vasconcelos

Data: 15/01/2010

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPEÚTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

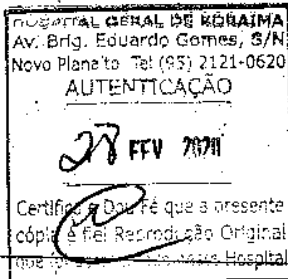
INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Pointh um DDM com irrigação;
2. AA + CCE;
3. Incisão alongitudinal em coxa (E) + de inclusão por plasma
do local fraturado + redução com + colocação de placa
DD 18 arfício + parafuso + sutura de incisão com
de talve interna de coxa ilíaca + sutura um local
fraturado humeral + sutura por plasma + irrigação
4. A RPA



Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1428/RR

18/06/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

UNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 27/12/2019 VALOR TOTAL: R\$ 25.204,40 DESTINATÁRIO: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA - FUNDES - AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N NOVO PLANALTO Boa Vista-RR		Nº 000.000.127 Série 001	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica	
ANTUM EMPREENDIMENTOS EM SAÚDE LTDA-EPP AV. MARIO ROYEM DE MELO, 191-A CENTRO - 69301-200 Boa Vista - RR Fone/Fax: 9532244571		 CHAVE DE ACESSO 14191210631897000105550010000001271001718036 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 314190003392652 - 27/12/2019 17:32:11	
VENDA			
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		CNPJ	
240161736		10.631.897/0001-05	
NATÁRIO/REMETENTE		DATA DA EMISSÃO	
RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CNP	
DO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA - FUNDES		05.370.016/0001-00	
CNPJ		27/12/2019	
BAIRRO/DISTRITO		CEP	
NOVO PLANALTO		69312-470	
UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
RR		9521210521	
HORA DA SAÍDA/ENTRADA		HORA DA SAÍDA/ENTRADA	
11:00		11:00	
VALOR DO IMPOSTO		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO ICMS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00		0,00	
VALOR DO PIS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00	
VALOR DO FCP		VALOR DO PIS	
0,00			

Nº 000.000.134 Série 001	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica	
1	
Nº 000.000.134 Série 001 Folha 1/1	
CHAVE DE ACESSO 1419 1210 6318 9700 0105 5500 1900 0001 3410 9000 0300	
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 314190003415037 - 30/12/2019 17:15:08	
VENDA	
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT	
240161736	
10.631.897/0001-05	
NATÁRIO / REMITENTE	
RAZÃO SOCIAL	
DO ESTADUAL DE SAUDE DE RORAIMA - FUNDES	
CNPJ / CPF	
05.370.016/0001-00	
DATA DA EMISSÃO	
30/12/2019	
BAIRRO / DISTRITO	
NOVO PLANALTO	
CIB	
69312-470	
UF	
RR	
FONE/FAX	
9521210521	
INSCRIÇÃO ESTADUAL	
HORA DA SAÍDA/ENTRADA	
V. TOTAL PRODUTOS	
1.600,00	
V. TOTAL DA NOTA	
1.600,00	
PORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS	
RAZÃO SOCIAL	
FRETE POR CONTA	
(9) Sem Frete	
CÓDIGO ANTT	
PLACA DO VEÍCULO	
UF	
CNPJ / CPF	
MUNICÍPIO	
UF	
INSCRIÇÃO ESTADUAL	
DATA	
ESPECIE	
MARCA	
NUMERAÇÃO	
PESO BRUTO	
PESO LÍQUIDO	
DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	
PRODUTO	
PARAFUSO CORTICAL Ø 4,5 X 34 mm MARCA	
ORTOSINTESE LOTE 191006295(90)N1191006295(10)UN	
NCM/SH	
90211020	
Q/CS	
0400	
CFOP	
5103	
UN	
UNID	
QUANT	
100,0000	
VALOR UNIT	
16,0000	
VALOR TOTAL	
1.600,00	
B.CALC ICMS	
0,00	
VALOR ICMS	
0,00	
VALOR IPI	
0,00	
ALIQ. ICMS	
0,00	
ALIQ. IPI	
0,00	
ADICIONAIS	
AÇÕES COMPLEMENTARES	
PROCESSO Nº 007273/19-31	
E EMPENHO Nº 20501.0001.10.02604-3	
BANCA RIOS: BANCO DO BRASIL	
A 261/4	
CORRENTE 56.164.0	
A OPTANTE PELO SIMPES NACIONAL	
RESERVADO AO FISCAL	
20 FEV 2020	
Certifico a autenticidade da presente	
cópia e a reprodução original	
está apresentada neste Hospital	

18/06/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

EDFEC COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA.
R. Ajuricaba, 1553
centro - 69301-070
BOA VISTA - RR Fone/Fax: 9532241156

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 000.000.212
Série 001
Folha 2/3

CHAVE DE ACESSO
1412 0584 0362 6800 0173 5500 1000 0002 1219 1457 7910

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
314120000817572 - 30/05/2012 08:18:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. CNPJ
240032055 84.036.268/0001-73

VENDA MERC ADQ REC TERCEIROS D/E

PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVICO	NCM/SH	Q/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
724	AFASTADOR INIC TIR CHARLEY P QUADR - ORTOSIN - 2035	90189099	000	5102	UNI	2,0000	1.327,0000	2.654,00	2.654,00	451,18		17,00	
745	CHAVE COM JUNTA UNIVERSAL - ORTOSIN - 2021	90211020	000	5102	UNI	1,0000	460,0000	460,00	460,00	78,20		17,00	
746	EXTRATOR DE CABO - ORTOSIN - 4634	90189099	040	5102	UNI	1,0000	2.324,0000	2.324,00	0,00	0,00		0,00	
645	CORTADOR DE CABO - ORTOSIN - 4636	90189099	000	5102	UNI	1,0000	1.036,5000	1.036,50	1.036,50	176,23		17,00	
218	PERFURADOR INICIAL Ø 2,8MM - ORTOSIN - 2896 01	90189099	000	5102	UNI	1,0000	130,0000	130,00	130,00	22,10		17,00	
719	PERFURADOR INICIAL Ø 4,0MM - ORTOSIN - 2896 02	90189099	000	5102	UNI	1,0000	130,0000	130,00	130,00	22,10		17,00	
720	PERFURADOR INICIAL Ø 5,0MM - ORTOSIN - 2896 03	90189099	000	5102	UNI	1,0000	130,0000	130,00	130,00	22,10		17,00	
721	CHAVE INTRODUTORA 4,0MM - ORTOSIN - 2894 02	90211020	000	5102	UNI	1,0000	365,0000	365,00	365,00	62,05		17,00	
722	CHAVE INTRODUTORA 5,0MM - ORTOSIN - 2894 03	90211020	000	5102	UNI	1,0000	365,0000	365,00	365,00	62,05		17,00	
061	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 6F - ORTOSIN - 4003 04	90211020	040	5102	UNI	100,0000	100,0000	10.000,00	0,00	0,00		0,00	
722	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 7F - ORTOSIN - 4003 05	90211020	040	5102	UNI	41,0000	100,0000	4.100,00	0,00	0,00		0,00	
062	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 8F - ORTOSIN - 4003 06	90211020	040	5102	UNI	53,0000	100,0000	5.300,00	0,00	0,00		0,00	
063	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 9F - ORTOSIN - 4003 07	90211020	040	5102	UNI	35,0000	100,0000	3.500,00	0,00	0,00		0,00	
381	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 10F - ORTOSIN - 4003 08	90211020	040	5102	UNI	29,0000	100,0000	2.900,00	0,00	0,00		0,00	
349	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 12F - ORTOSIN - 4003 09	90211020	040	5102	UNI	93,0000	100,0000	9.300,00	0,00	0,00		0,00	
285	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 14F - ORTOSIN - 4003 10	90211020	040	5102	UNI	75,0000	100,0000	7.500,00	0,00	0,00		0,00	
178	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 16F - ORTOSIN - 4003 11	90211020	040	5102	UNI	25,0000	100,0000	2.500,00	0,00	0,00		0,00	
286	PLACA RETA D AUTO COMP ESTREITA 18F - ORTOSIN - 4003 14	90211020	040	5102	UNI	21,0000	110,0000	2.310,00	0,00	0,00		0,00	
30	PLACA RETA DE AUTO COMP LARGA 6F - ORTOSIN - 4106 01	90211020	040	5102	UNI	50,0000	290,0000	14.500,00	0,00	0,00		0,00	
39	PLACA RETA DE AUTO COMP LARGA 7F - ORTOSIN - 4106 02	90211020	040	5102	UNI	25,0000	100,0000	2.600,00	0,00	0,00		0,00	
42	PLACA RETA DE AUTO COMP LARGA 9F - ORTOSIN - 4106 04	90211020	040	5102	UNI	99,0000	120,0000	11.880,00	0,00	0,00		0,00	
119	PLACA RETA DE AUTO COMP LARGA 10F - ORTOSIN - 4106 05	90211020	040	5102	UNI	132,0000	100,0000	13.200,00	0,00	0,00		0,00	
32	PLACA RETA DE AUTO COMP LARGA 12F - ORTOSIN - 4106 06	90211020	040	5102	UNI	1,0000	100,0000	100,00	0,00	0,00		0,00	
40	PLACA RETA DE AUTO COMP LARGA 14F - ORTOSIN - 4106 07	90211020	040	5102	UNI	107,0000	100,0000	10.700,00	0,00	0,00		0,00	
11	PLACA RETA DE AUTO COMP LARGA 16F - ORTOSIN - 4106 08	90211020	040	5102	UNI	19,0000	309,0000	5.700,00	0,00	0,00		0,00	
226	PLACA RETA DE AUTO COMP LARGA 18F - ORTOSIN - 4106 12	90211020	040	5102	UNI	16,0000	300,0000	4.800,00	0,00	0,00		0,00	
25	PLACA PEQ FRAG 1/2 TUBO 4 FUROS - ORTOSIN - 4430 03	90211020	040	5102	UNI	24,0000	89,0000	1.920,00	0,00	0,00		0,00	
43	PLACA PEQ FRAG 1/2 TUBO 4 FUROS - ORTOSIN - 4430 07	90211020	040	5102	UNI	11,0000	80,0000	880,00	0,00	0,00		0,00	
88	PLACA PEQ FRAG TREVO 3 FUROS - ORTOSIN - 4605 01	90211020	040	5102	UNI	4,0000	378,0000	1.512,00	0,00	0,00		0,00	
72	PLACA PEQ FRAG TREVO 7 FUROS - ORTOSIN - 4605 05	90211020	040	5102	UNI	4,0000	150,0000	600,00	0,00	0,00		0,00	
55	PLACA T 1 FUROS - ORTOSIN - 4608 01	90211020	040	5102	UNI	10,0000	320,0000	3.200,00	0,00	0,00		0,00	
52	PLACA ESPECIAL T 03 FUROS - ORTOSIN - 4619 01	90211020	040	5102	UNI	2,0000	378,0000	756,00	0,00	0,00		0,00	
94	PLACA ESPECIAL T 04 FUROS - ORTOSIN - 4619 02	90211020	040	5102	UNI	10,0000	378,0000	3.780,00	0,00	0,00		0,00	
58	PLACA ESPECIAL T 05 FUROS - ORTOSIN - 4619 03	90211020	040	5102	UNI	5,0000	378,0000	1.890,00	0,00	0,00		0,00	
96	PLACA COLHER 05 FUROS - ORTOSIN - 4613 01	90211020	040	5102	UNI	3,0000	378,0000	1.134,00	0,00	0,00		0,00	
45	PLACA COLHER 06 FUROS - ORTOSIN - 4613 02	90211020	040	5102	UNI	9,0000	378,0000	3.402,00	0,00	0,00		0,00	
73	PLACA Y DIREITA 3 FUROS - ORTOSIN - 4615 01	90211020	040	5102	UNI	4,0000	148,0000	592,00	0,00	0,00		0,00	
64	PLACA Y DIREITA 5 FUROS - ORTOSIN - 4615 02	90211020	040	5102	UNI	6,0000	148,0000	888,00	0,00	0,00		0,00	
74	PLACA Y ESQUERDA 3 FUROS - ORTOSIN - 4615 03	90211020	040	5102	UNI	3,0000	130,0000	390,00	0,00	0,00		0,00	
89	PLACA DE RECONST PELVICA CURVA 05F - ORTOSIN - 3128 01	90211020	040	5102	UNI	6,0000	256,0000	1.536,00	0,00	0,00		0,00	
85	PLACA DE RECONST PELVICA CURVA 10F - ORTOSIN - 3128 07	90211020	040	5102	UNI	8,0000	480,0000	3.840,00	0,00	0,00		0,00	
00	PLACA DE RECONST PELVICA CURVA 12F - ORTOSIN - 3128 08	90211020	040	5102	UNI	3,0000	480,0000	1.440,00	0,00	0,00		0,00	
69	PLACA DE RECONST PELVICA CURVA 14F - ORTOSIN - 3128 09	90211020	040	5102	UNI	3,0000	480,0000	1.920,00	0,00	0,00		0,00	
01	PLACA ANG CONDILAR 95° LAM 60 3F - ORTOSIN - 4534 01	90211020	040	5102	UNI	225,0000	650,0000	146.250,00	0,00	0,00		0,00	
02	PLACA ANG CONDILAR 95° LAM 70 3F - ORTOSIN - 4534 02	90211020	040	5102	UNI	225,0000	345,0000	77.625,00	0,00	0,00		0,00	
39	PLACA ANG CONDILAR 95° LAM 70 12F - ORTOSIN - 4534 11	90211020	040	5102	UNI	20,0000	250,0000	5.000,00	0,00	0,00		0,00	
02	PLACA TUBO SQD 95° 7F - ORTOSIN - 4534 07	90211020	040	5102	UNI	12,0000	748,0000	8.976,00	0,00	0,00		0,00	

Impressão com o WebDANFE (www.webdanfe.com.br)

28/06/2020

Original

DANTE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica			
0 - ENTRADA 1 - SAÍDA		CHAVE DE ACESSO: 1414 0984 0362 6800 0173 3300 1000 0007 6816 5988 4901	
Nº. 000.000.768 Série 001 Folha 3/6		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e: www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
REZA DA OPERAÇÃO: VENDA DE MERCADORIA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 314140001942716 - 25/09/2014 11:06:48	
ICMS ESTADUAL: 240032055		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT:	
		CNPJ: 84.036.268/0001-73	
DADOS PRODUTOS / SERVIÇOS			

CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	DICT	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
02666	PRESA P. PARAFUSO CORTICAL 3.5 ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	1,0000	305,0000	305,00	305,00	51,85		17,00	
02667	PRESA P. PARAFUSO CORTICAL 4.0 ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	1,0000	305,0000	305,00	305,00	51,85		17,00	
02668	MEDIDOR DE PARAFUSO PEQUENOS FRAGMENTOS - ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	1,0000	324,0000	324,00	324,00	55,08		17,00	
02669	MODELADOR DE PLACAS - ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	1,0000	143,0000	143,00	143,00	24,31		17,00	
02670	MODELADOR DE PLACAS - ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	1,0000	143,0000	143,00	143,00	24,31		17,00	
02671	CHAVE SEXTAVADA 2.5MMX PINÇA P. BEQ FRAG 3.5 - ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	1,0000	175,0000	175,00	175,00	29,75		17,00	
02672	PINÇA AUTO-CENTRANTE 160MM - ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	2,0000	253,0000	506,00	506,00	86,02		17,00	
02673	PINÇA DE FIXAÇÃO OSSEA 160MM - ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	2,0000	477,0000	954,00	954,00	162,18		17,00	
02680	PINÇA PARA PARAFUSO 3.5 - ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	1,0000	29,0000	29,00	29,00	4,93		17,00	
02674	CAIXA P. POS FRAGMENTOS EM RADEL - ORTOSINTESE	90189099	000	5102	UND	1,0000	1482,0000	1482,00	1482,00	259,54		17,00	
0218	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX14MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0219	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX16MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
01743	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX18MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0220	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX20MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0221	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX22MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0222	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX24MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0223	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX26MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0224	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX28MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0225	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX30MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	12,0000	37,0000	444,00	0,00	0,00		0,00	
0226	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX32MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	12,0000	37,0000	444,00	0,00	0,00		0,00	
0227	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX34MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	12,0000	37,0000	444,00	0,00	0,00		0,00	
0228	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX36MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	12,0000	37,0000	444,00	0,00	0,00		0,00	
0160	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX38MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	12,0000	37,0000	444,00	0,00	0,00		0,00	
0161	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX40MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	12,0000	37,0000	444,00	0,00	0,00		0,00	
0229	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX42MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	12,0000	37,0000	444,00	0,00	0,00		0,00	
0144	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX44MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	12,0000	37,0000	444,00	0,00	0,00		0,00	
0145	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX46MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0146	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX48MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0147	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX50MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0230	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX52MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0231	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX56MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0232	PARAFUSO CORTICAL 4.5MMX60MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	6,0000	37,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
0192	PARAFUSO MALEOLAR 4.5MMX25MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	1,0000	45,0000	45,00	0,00	0,00		0,00	
0193	PARAFUSO MALEOLAR 4.5MMX30MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	1,0000	45,0000	45,00	0,00	0,00		0,00	
0194	PARAFUSO MALEOLAR 4.5MMX35MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	1,0000	45,0000	45,00	0,00	0,00		0,00	
0195	PARAFUSO MALEOLAR 4.5MMX40MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	1,0000	45,0000	45,00	0,00	0,00		0,00	
0196	PARAFUSO MALEOLAR 4.5MMX45MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	1,0000	45,0000	45,00	0,00	0,00		0,00	
0197	PARAFUSO MALEOLAR 4.5MMX50MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	1,0000	45,0000	45,00	0,00	0,00		0,00	
0198	PARAFUSO MALEOLAR 4.5MMX55MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	1,0000	45,0000	45,00	0,00	0,00		0,00	

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJL2E J5J2A N2EAF 2QQ6B



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— Avenida Getúlio Vargas, 1.561 — Boa Vista — Roraima — Brasil —

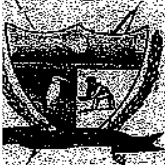
FICHA DE ANESTESIA

Louiz Felipe S. Varela

[illegible]

Dra. Marisa Pinto
Anestesiologista

1. 5mg SA. biperiden salisipato
2. 3. Ceftriaxona 2g @
3. 4. Dexametazona 30mg @
4. 5. cefepime 100mg @
5. 6. Hemithrombolisin 1g @



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Douglas Felipe Santana Varal, 25		001-3	176578	25 / 01 2020	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteossíntese de Supradora Frato. Fêmur		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
Laqueado + Conexão Ilíaco		08:30	10:15		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
Dr. Marcelo Arruda		ANESTESISTA: Dr. Fabion + Dr. Marisa			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
Dr. Celso		INSTRUMENTADOR:			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
Dr. Fernando		João e Samuel			
TIPO DE ANESTESIA: Raqui		TEMPO DE DURAÇÃO:			
Q. NT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
10	PCTs COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE		1	cateter de O2	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO - equipo maior	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO VICRYL Nº 2.0/1	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	Pim	1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	equipo de sangue
1	DRENO DE SUÇÃO Nº	elétrico	1	FIO CATGUT SIMPLES Nº	equipo maior
1	DRENO DE TORAX Nº	filon Nº 20	1	FIO CATGUT CROMADO Nº	atadura de crepom
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO PROLENE Nº	di 20cm
1	SERINGA 01ML	agulha de raqui	1	FIO SEDA Nº	200ml de clonixidine digormate
1	SERINGA 05ML	Insulina Phadol	1	SURGICEL	50ml de álcool a 70%
1	SERINGA 05 ML		1	CERA P/ OSO	
1	SERINGA 10ML		1	RIT CATARATA Nº	14mm de Plontiss psia
1	SERINGA 20ML		1	GEFOAM	Propri
1	300 ml de clonixidine digormate		1	FITA CARDIACA	gordin
1	rodado		1	OUTROS	materiais
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA-CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
		Jacqueline e Gabriela		SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA	
		Samuel e Searno		TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					





ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade:		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: Leandro Felipe Santana Vaz		IDADE: 25 ^a	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data 25/04/2020
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Bacornio e Samuel	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Caixa de grandes Fragmentos Nº 4.5					
Dados dos materiais/ Serviço					

Hospital Geral de Roraima ()		Dados Adicionais:		Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM			QUANT
01	Pomaruso cortical Nº 36			03
02	" " Nº 32			02
03	" " Nº 42			02
04	" " Nº 40			02
05	" " Nº 34			01
06	" " Nº 38			01
07	Placa DCP 18 originais			01

MÉDICO CIRURGIÃO: <u>Dr. Marcelo Arruda</u>		1º AUXILIAR: <u>Dr. Bróder</u>	 Dr. Marcelo Arruda Ortopedista Traumatologista CRM-RR 12431 RQE: 550
INSTRUMENTADOR: <u>Dr. Fernando Rg</u>			
Empresa ()	Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()	Marca:	

[illegible]

☐ VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
☐ OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: sua_mae_hor@gmail.com





CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Date: 25/01/2020

COBEN, ES 122 440



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Luiz Felipe Sontarevski
Responsável Cirúrgico Dr. Marcelo Medeiros

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim () Não () Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ APROXIMAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não () Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

() Não

☒ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 25/06/2020

Assinatura

Hora 08:30

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Marcelo

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIA, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRÚRGIO:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PERFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

☒ Sim,

Qual: culheta Hora 09:00

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 CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim () Não () Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

() Sim () Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() Sim ☒ Não

☒ O CIRÚRGIO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

☒ Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura e Carimbo Wallyson Moura - 8731178



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Santana Vanda		601-3	
AGNOSTIC					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	25.01.2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manter
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H				10:22°
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				10:22° 06°
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06°
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				14:22° 06°
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SND
10	CLINDAMICINA 600MG EV. OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV. OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
15	Gefiraxana 2g (EV) 12/12H				08:20°
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUZA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	90x60	122	36,5°C
24 H	91x61	120	36,4°C

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

26/01/2020 06:00 PA 122/77 mmHg FC=105 T=35,6°C

12:10 Recebi paciente pós-operatório na região femur. segue em observação e aos cuidados da equipe.

15:45. Acompanhante relata que paciente apresentou sangramento intenso. Informado as enfermeiras plantonistas.

16:11. Médico realizou troca de curativo seloso, gls foi Solicitado.

Edson Duarte
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2007

507-4



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO RODRIGUES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SETOR: BC	FOLHA: 14	LEITO: 317	DN: 11/11/94	DI/HC: 08/01/20
NOME: LUIZ FELIXRE SANTANA VARELA				
HD: TCE (HEMATOMAS SUBDURAIS) - PO de drenagem cirúrgica e trepanação) + TRAUMA DE FÊMUR (aguardando de definitivo)				
DATA/HORA	PROSCRICAO	HORARIO		
23/01/2020		08:00		
1	Dieta oral livre			
2	Dar 200ml de água livre VO a cada 4/h	10 - 14 - 18 - 22 - 06	ATENÇÃO	
3	Acesso venoso pérvio. Manter lavado e trocar a cada 3 dias.			
4	Cabeceira elevada a 45 graus	14:00 - 18:45	ROTINA	
5	Sinais vitais 6-6 horas ou antes, conforme necessidade			
6	Acompanhamento psicológico		PSICOTECIA	
7	Fisioterapia motora (reabilitação)		FST	
8	Comunicar intercorrências ao médico plantonista (especialmente, cefaleia ou relaxamento do nível de consciência)		ATENÇÃO	
9	Tranquil 50mg, 02 comp. de 8/8h Se refratário ao item 09		SN	
10	Dipirona 500mg, 02 comprimido, de 6/6h fixo		12:18 02/06	
11	Plasil 10mg EV de 8/8h se náusea ou vômito		SN	
12	Aguardando cirurgia ortopédica (25/01/2020)		Aguardando.	

Automobil (moto) 08/11/19 com lesões de fêmur, Evoluções durante internação com quadro de cefaleia intensa associada a hemiparesia a esquerda. Transferido ao HGR com TC evidenciando HSDC a direita. Submetido a drenagem cirúrgica e trepanação. Retorna ao HC com melhora dos sintomas e reabilitação fisioterápica, ainda com fraqueza em membro esquerdo (força grau III). Fixação externa de fêmur retirada dia 12/01/20. Nas últimas 24h refere controle da dor. Solicita que retire o tramo de horário.

Cirurgia de fêmur agendada para dia 25/01/2020 – dieta zero a partir das 22h do dia 24/01.

EXAME DE RM EM PRONTUÁRIO (22/01)

BEG, resfriado ao leite, AAA, hidratado + 1/4-4, eupneico

ROBERT, S/sopra, pulso cheio e ritmo co-

MVLA sem siblos ou ronceos

Abd plano, KHA+, sem visceromegalias

BFP < .05, sem edema de extremidade, parafusilha livre

casos, sem efeito de pares crônicos, fora grau III a E

Paciente sem queixa

possíveis de I N M

na de todos os tipos: lã ou sintética, pendente e conformação óssea.

Ex laborat (16/01): Leuco 4840 Neut53 Hb12,6 Pq 333.000

CONDUTA: Supporto clinico

Aguardando cirugía ortopédica 17/01/2020

Aguardo cirurgia agendada para dia 25/01/2020

Franciai SN

Audio para o INSS.

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Atc 200: 0	301 - 350: 06 D
------------	-----------------

201-250:02 U	351-400:08 U
--------------	--------------

251--300: 04 UI >401 10 UI Charnar Plantonista

GH 50%: 40 ml IV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL.

REGISTRO DI FARMACI

SINAIS VITAIS

Horatio	6h	12h	18h	24h
---------	----	-----	-----	-----

1A	10103	1037
1B	10103	1037
1C	10103	1037
1D	10103	1037
1E	10103	1037
1F	10103	1037
1G	10103	1037
1H	10103	1037
1I	10103	1037
1J	10103	1037
1K	10103	1037
1L	10103	1037
1M	10103	1037
1N	10103	1037
1O	10103	1037
1P	10103	1037
1Q	10103	1037
1R	10103	1037
1S	10103	1037
1T	10103	1037
1U	10103	1037
1V	10103	1037
1W	10103	1037
1X	10103	1037
1Y	10103	1037
1Z	10103	1037

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
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

30.5

72

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Figure 1. The effect of the number of trials on the mean number of correct responses. The number of correct responses was significantly higher for the 10-trial condition than for the 5-trial condition. Error bars represent the standard error of the mean.



PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Luiz Felipe Santana Varela

BLOCO: 4B

LEITO: 4.27

De: Clínica Médica

Para: Ortopedia

Paciente o, 25 anos, com fratura de fêmur E
com tração. Solicita ortopedia para cirurgia
ortopedica (872)
Solicita Avaliação Cirúrgica!

08/03/2020

Data

Alex Matos
Médico Residente
Clínica Médica
Ortopedia

MEDICO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE <i>Dr. Felipe S. Viana</i>				
AGNOSTIC <i>Dr. Felipe S. Viana</i>				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	DATA	NEGA
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	SF 0,9% 500ML EV SA <i>10/12 h.</i>			
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA			
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
13	SSVV + CCGG 6/6 H			
14	CURATIVO DIÁRIO			
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Printe. Dr. Felipe S. Viana
Dr. Felipe S. Viana
Dr. Felipe S. Viana

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: REG. ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO
SOLICITADO: RX, # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

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

Dr. Felipe S. Viana
MEDICO *Dr. Felipe S. Viana*
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas –

HGR

Protocollo n° 1

Versão:08

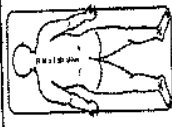
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: LUIZ FELIPE SANTANA

Leito: 604-3

Data: 27/01/2020

Localização	 	Região: <u>FLANCO E</u>
Etiologia	☐ LPP I ☐ II ☐ III ☐ IV ?* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma : <u>Tracção</u> ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	Grau: I () II (☒) ☐ LP I ☐ II ☐ III ☐ IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma : <u>Tracção</u> ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☒ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☒ Seco ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☐ Úmido ☒ Seco	☐ Molhado ☐ Úmido ☒ Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	EMILIANA Buro S. Peritru Buro S. Peritru Buro S. Peritru	MONICA BRUNO EMILIANA
Observações:		

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

Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJL2E J5J2A N2EAF 2QQ6B

FICHA DE REGISTRO DE HEMOCOMPONENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: Luiz Felipe Santana Varela

DATA DE NASCIMENTO: 16/11/94

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE			
DATA:	<u>25/01/20</u>		
Nº BOLSA:	<u>0114200103021</u>	VOLUME:	<u>317ml</u>
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____
PACIENTE:	ABO: <u>A+</u>	FATOR Rh:	_____
SINAIS VITAIS:			
INICIO:	<u>10:05</u> h. T: _____	PA: <u>98x64</u> P: <u>101</u> FR: <u>20</u>	
MEIO (15MIN):	<u>10:20</u> h. T: _____	PA: <u>106x71</u> P: <u>101</u> FR: <u>20x100%</u>	
FIM:	<u>12:20</u> h. T: _____	PA: <u>102x73</u> P: <u>109</u> FR: <u>SpO2 99%</u>	
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: <u>Simplicio</u>			COREN: _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: <u>Dr. Andriana</u>			CRM: _____

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE			
DATA:	____/____/____		
Nº BOLSA:	_____		
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____
PACIENTE:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____
SINAIS VITAIS:			
INICIO:	____ 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:	_____		
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____
PACIENTE:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____
SINAIS VITAIS:			
INICIO:	____ 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:	_____		
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____
PACIENTE:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____
SINAIS VITAIS:			
INICIO:	____ 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.

VERSÃO: 17.00

HOSPITAL DAS CLINICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES

ESPELHO DA AIH

PAG.: 6

O.E: E140000010

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 02 / 2020

DATA: 24/01/2020

Num AIH: 142010115028-1

Situação: SEM ERRO

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 02/2020

Data Autorização: 21 / 11 / 2019

Especialidade: 03 - CLINICOS

Orgão Emissor: E140000010

CRC:

Doc autorizador: 980016289083924

Doc med resp: 703206642929192

Doc diretor clinico: 705005220101159

Doc médico solic: 703206642929192

CNES: 9472339 - HOSPITAL DAS CLINICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES

CNS: 70360106094193-0

Paciente: LUIZ FELYPE SANTANA VARELA

Prontuário: 2533

Data Nasc.: 11 / 11 / 1994

Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 5759592

Responsável pac.: LUIZ FELYPE SANTANA VARELA

Nome da Mãe: MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA

Endereço: RUA RUA JUIZ MAXIMILIANO TRIN 0000030 CASA Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 140010 - BOA VISTA

UF: RR CEP: 69316-524

Telefone: (95)9915-76808

Muda Proc.: NÃO

Procedimento solicitado: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Procedimento principal: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Diag. principal: T023-FRATURAS ENVOLVENDO REGIOES MULTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Óbito:

Carater atendimento: 01 - ELETIVO

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 21 / 11 / 2019

Data saída: 31 / 12 / 2019

Mot saída: 31 - TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

Liberação SISAID1:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: / -

Vínculo Previdência:

CNAER: -

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0308010019	703206642929192	225125	9472339	9472339	1	11/2019	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE
2	0301010170	708606519135385	225125	9472339	9472339	15	11/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
3	0301010170	709208244686339	225125	9472339	9472339	24	11/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
4	0301010170	201561850530005	225270	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
5	0401010015	980016282247875	223505	9472339	9472339	3	11/2019	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
6	0401010015	980016294256564	223505	9472339	9472339	1	11/2019	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
7	0401010015	201561852580018	223505	9472339	9472339	1	11/2019	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
8	0401010015	980016283156504	223505	9472339	9472339	8	11/2019	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
9	0802010016			9472339	9472339	8	11/2019	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
10	0802010016			9472339	9472339	29	12/2019	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
11	0802010199			9472339	9472339	30	12/2019	DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR
12	0202020360			9472339	9472339	2	11/2019	HEMOGRAMA COMPLETO
13	0202010317			9472339	9472339	1	11/2019	DOSAGEM DE CREATININA
14	0202010694			9472339	9472339	1	11/2019	DOSAGEM DE UREIA
15	0202030202			9472339	9472339	2	11/2019	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA
16	0202010210			9472339	9472339	1	11/2019	DOSAGEM DE CALCIO
17	0202010260			9472339	9472339	1	11/2019	DOSAGEM DE CLORETO
18	0202010600			9472339	9472339	1	11/2019	DOSAGEM DE POTASSIO
19	0202010635			9472339	9472339	1	11/2019	DOSAGEM DE SODIO
20	0202020070			9472339	9472339	2	11/2019	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO
21	0202020142			9472339	9472339	2	11/2019	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA
22	0202020134			9472339	9472339	2	11/2019	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA
23	0202050017			9472339	9472339	1	11/2019	ANALISE DE CARACTERES FISICOS ELEMENTOS
24	0401010023			9472339	9472339	1	11/2019	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V090	PREEXISTENTE	PEDESTRE TRAUM. EM ACID. R-TRANSITO, ENVOLVENDO OUTROS VEICULOS A MOTOR E OS NAO ESPECIFICADOS

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

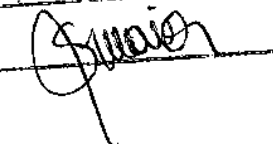
Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 06 / 2020

Ass: 



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

Prontuário 00002533	Data Internação 21.11.19	Data da Saída 31.12.19
Número da AIH: 142010115028-1		
Enfermaria 3B	330	

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO RODRIGUES - HC		CNES 9472339
Nome do Paciente LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA		
Cartão do SUS 703601060941930	Data de Nascimento 11/11/1994	SEXO 1 - Masculino
Raça/Cor PARDA		
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Identidade - 5759592		Nacionalidade BRASILEIRA
Nome da Mãe MARIS GILVANETE DE SOUSA SANT		
Nome do Responsável LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA		Fone p/ Contato (95) 99157-6808
Endereço RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE		Número 30
Bairro SENADOR HELIO CAMPOS		
Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR
CEP 69.316-524		

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM 1888	Médico Solicitante Haroldo	Cartão SUS
Procedimento Solicitado 0308010019	Procedimento Principal	Esp
C. Int 01	CID P 1023	CID S
CID CA	M. Sa 31	
Em caso de Parto: Nasc Vivo ☐ Nasc Morto ☐ Alta ☒ Trans ☐ Obito ☐		

Procedimentos Realizados

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C UTI
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	0401010015	28	1	36683		3	
06	1	11	29	1	1096		1	
07	1	11	37	1	35027		1	
08	1	11	41	1	90756		2	
09	1	11	109	2	34995		8	
10	1	11	16	2	14648		1	
11	57		953	2	12		8	
12	57		45	1	12		29	
13								
14								
15		327	1					

Autorização

Nome Médico Autorizador Ronam Pacheco de Carvalho	Data Autorização / /	CPF Autorizador 768.264.736-15	CNS Autorizador 898 0007 5018 1917
Nome do Médico Auditor	Data Auditoria / /	CPF Auditor	CNS Auditor

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 HC	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE LUIZ FELLYRE SANTANA VARELA	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO 14/11/84
9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE MARIS GILVANE DE S. SANTANA	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	18 - UF
	19 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS MASC, 2 MÃOS, ACID. (ARTRO-MOTO) HÁ 13 DIAS FX FEMUR DIAF (E) - ACUMULADA TIO CIRURGIA	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AC ALIADA	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) EX CLÍNICO RADIOLOGICO	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FX FEMUR (E)	24 - CID 10 PRINCIPAL
	25 - CID 10 SECUNDÁRIO
	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO INTERNAÇÃO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29 - CLÍNICA ORTOPEDIA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE HAROLDOS M. DE OLIVEIRA	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 21/11/19
	35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO Dr. Haroldos M. de Oliveira Médico CRM-PR 1888
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40 - Nº DO BILHETE
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	41 - SÉRIE
	42 - CNPJ EMPRESA
	43 - CNAE DA EMPRESA
	44 - CBOR
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11/02/2020	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Wallyson Barbosa Moura CRM-PR 1415
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0308 01 0019 +023	



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO

NOME: LUIZ FELLY DE SANTANA VAZELA

DATA DE NASCIMENTO: 11/11/84

DATA DE ADMISSÃO: 22/11/99

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FX FEMUR (E)

ADMISSÃO MÉDICA

HDA:	MASC, 24 ANOS, S/ COMORB. OU ALERGIAS PREVIA # (PLISAO CATRO-MOTO DIA 08/11/19 C/ RX EVIDENCIANDO FX FEMUR DIAF A(E). AO MOMENTO C/ DOR LOCAL APÓS TRANSPORTI S/ OUTRAS QUEIXAS
HPP:	Ø ALERGIAS Ø COMORB Ø CIR. PREVIAS
ECTOSCOPIA:	REG, LOTE A. 1. A. EUTNEICO,
ACV:	214 27 BAVESIS
AR:	MU 1/2A
ABD:	INOCENTE
AVP:	BPD, TEL 24 SSEG, PANT. LIVRE
CONDUTA:	(1) ANALGESIA (2) AOS CURTADOS OZTOP.

Dr. Haroldo S. M. Oliveira
Médico

ASSINATURA E CARIMBO

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

Ass.: Guilherme

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11 / 02 / 2020
Ass.: Freder



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: João Carlos

DATA: 21/06/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG

LEITO

HD 319

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM () NÃO ()			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()			
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()			
DRENOS? SIM () NÃO ()			



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. ECZEMA 7. AMPUTACÃO

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

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO

MÚRMURUS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____

RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

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

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

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

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

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

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

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () PRESENTES () ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL

APARELHO GENTURINÁRIO/DIURESE

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA

() HEMATÚRIA () COLÚRICAS () HEMÓRRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilíbrio

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A 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 DIMINUIDO
() OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H
() MANter MONITORIZAÇÃO
() MANter CABECEIRA ELEVADA ____
() ASPIRAR VAS /TOT ____
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENTAR PARA MÚSCULOS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANter JEJUM A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() 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					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE LUIZ FELYPE 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				San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mon
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18:00
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				San
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				San
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				San
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				San
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				San
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Polina
12	CURATIVO DIARIO SN				San
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				26
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	PR	TEMP	
6 H	98x61	89	-	+ 36.4°C	Resp. DR MARCUS BRUNNER
12 H	80x60	69	+	36.8°C	23 June CRM 1917
18 H	100x70	84	+	36	
24 H	111x56	80	-	+ 36.6°C	Resp. - 23/ Simon
24 H					

CONFERE COM ORIGINAL

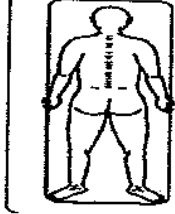
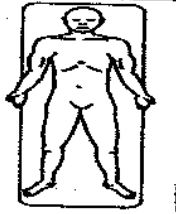
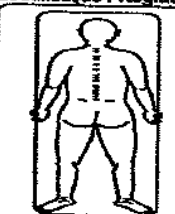
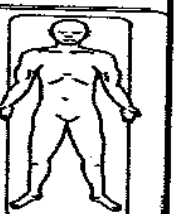
Em 11 / 02 / 2020

Ass.: Guilherme

Nutrição Clínica - 22/11/19
paciente nutricional bem a dieta,
sem intercorrências clínicas

Taiza Nascimento
Nutricionista
CRM 2.2361

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 319		

Nome: <u>Quir Felipe Valera</u>			
DATA: ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II x2	Localização / Região: <u>MIE</u>   <u>Traco</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	
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 ☐ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
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 4% ☐ Clorexidina 1% ☐ Outro:		Solução para limpeza: ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: <u>neomium</u>		Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:	
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs: <u>Diário</u>			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem <u>Jeandine da Silva Rocha</u> Téc. Enfermagem COREN-PR 664.943		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem COREN-PR 664.943	
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Wallyson Felipe Varela HD _____
 DATA: 22/11/19 SEXO: M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO 319 ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				() RISCO DE INFECÇÃO	() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____			() ANSIEDADE	() MANter MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	DATA: _____			() MEDO	() MANter CABECEIRA ELEVADA
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____			() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() ASPIRAR VAS /TQT
DRENOS? SIM () NÃO ()	QUAL?			() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				() DESEQUILIBRADA	() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO				() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III				() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO				() FADIGA	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA				() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA				() RISCO PARA QUEDAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA				() RISCO PARA LESÃO	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS				() AUTOESTIMA PERTURBADA	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA				() DIARREIA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
OBS:				() CONSTIPAÇÃO	() MANter JEIUM A PARTIR DAS: _____ HORAS
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO				() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO				() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO				() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO				() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR BANHO NO LEITO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE				() DOR	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS				() HIPOTERMIA	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:				() HIPERTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA				() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA				() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() ESTIMULAR DEAMBULACÃO
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA				() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
APARELHO CARDIOVASCULAR				() CONFORTE PREJUDICADO	() OUTROS
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()				() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO	
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA				() OUTROS:	
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLÚIFORME					
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE					
LOCAL DO PULSO:					
APARELHO GASTROINTESTINAL					
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO					
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES					
ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL					
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA					
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:					
() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPLA () CONCENTRADA					

CONTROLE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Wallyson

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	319	DATA	23/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18h
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H (S/N)				08h
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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				08h
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIARIO SN				
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 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100x60	78	20	36.2°C	18h
12 H	100x70	81	-	36.2°C	
18 H	90x60	78	21	36.7°C	Deu cor
24 H	100x60	92	20	36.3°C	+ +
24 H					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					
Maria Luiza S. Lima Fis. da Terapia COREN-RR 297.945					
Valdenice dos Santos Oliveira Aux. de Enfermagem COREN-RR 540.125					

319

CONFERE COM ORIGINAL

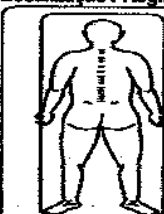
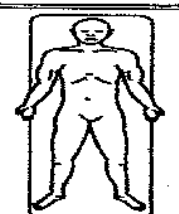
Em 11/02/2020

Ass.: Suaven

NOV 21 1964



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015 ENF/LEITO: 319		

Nome: <u>Luz R. Verde</u>	
DATA:	Localização / Região
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II <u>x2</u>	  <u>WTE</u> <u>tração</u>
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 estacelo ☐ Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossangüíneo
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% ☐ Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ 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	Renice Lopes de Sousa COREN-RR 947.066-7E 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Sarah Moraes Catano COREN-RR 807.680-7E 01- 02-
OBS:	OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs. Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

ASS.: Synario

1/1

Flavio L. Magalhães
Enfermeiro
COREN-PR 05708-ENF

Elaine L. Magalhães
Enfermeira
COREN-PI 1.065-ENF

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11 / 02 / 2020
Ass.: Guarier

Agente Uirama : 26/10/2019

do envelope com a data,

Intervenção durante

Tam.

Nuc.cionista

CRN7:2361

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

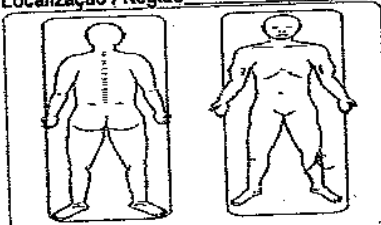
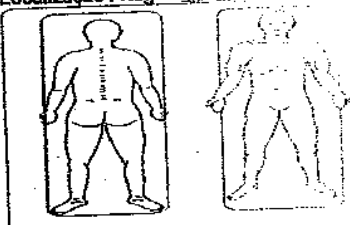
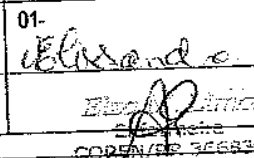
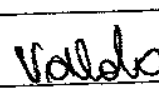
NOME: Wallyson Barbosa Moura HD: 349 • ALÉRGICO ?
 DATA: 11/11/20 SEXO: () M () F IDADE: PESO: KG. LEITO: 349

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS CATETER CENTRAL: SIM () NÃO () LOCAL: <u> </u> DATA: <u> </u> CATETER PERIFÉRICO: SIM () NÃO () LOCAL: <u> </u> DATA: <u> </u> SONDA VESICAL: SIM () NÃO () LOCAL: <u> </u> DATA: <u> </u> SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: <u> </u> SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: <u> </u> DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? <u> </u>		DIAGNÓSTICO () RISCO DE INFECÇÃO () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () TROCA GASOSA PREJUDICADA () ANSIEDADE () MEDO () ENFRENTAMENTO INEFICAZ () RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS () FADIGA () INTOLERÂNCIA A 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: <u> </u>	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM () MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VAS () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u> </u> H () MANter MONITORIZAÇÃO () MANter CABECEIRA ELEVADA () ASPIRAR VAS /TQT () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA () ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA () MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> H () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM () VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA () MANter JEJUM A PARTIR DAS: <u> </u> HORAS () REALIZAR DEXTRO <u> </u> / <u> </u> HORAS () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO () ORIENTAR AUTOCUIDADO () REALIZAR BANHO NO LEITO () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u> </u> H () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO () PREPARAR PARA EXAMES EM: () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA. () OUTROS: <u> </u>
LESÕES 			
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: <u> </u> GRAU I () GRAU II () GRAU III () CABEÇA/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 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS: <u> </u>			
TÓRAX E PULMÕES/PADRÃO RESPIRATÓRIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSESSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RINÇOS () ESTERTORES () SIBILOS CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: () HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: <u> </u>			
APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO R. H. () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁGIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V. M. G. PALPÁVEL ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: <u> </u> () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE: () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA SVO () DIURSE NORMAL () OLIGÚRIA () POLÚRIA () ANÚRIA			

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	25/11/2019																														
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																														
1	DIETA ORAL LIVRE				San																														
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monta																														
3	SSF 500ML EV ACM				Acu																														
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18-06																														
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				San																														
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				San																														
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				San																														
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				San																														
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				06+																														
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Ratna																														
12	CURATIVO DIARIO SN				San																														
14	CLAXANE 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 MARQUES CRM 1918																																			
<table border="1"> <tr> <th>SINAIS V</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>DOR</th> <th>TEMP</th> </tr> <tr> <td>6 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>100x70</td> <td>77</td> <td>+</td> <td>36,8°C</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>100x60</td> <td>80</td> <td>+</td> <td>36,2</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>100x60</td> <td>82</td> <td>+</td> <td>36,1°C</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> DR MARCUS BRUNNER CRM 1917						SINAIS V	PA	FC	DOR	TEMP	6 H					12 H	100x70	77	+	36,8°C	18 H	100x60	80	+	36,2	24 H	100x60	82	+	36,1°C	24 H				
SINAIS V	PA	FC	DOR	TEMP																															
6 H																																			
12 H	100x70	77	+	36,8°C																															
18 H	100x60	80	+	36,2																															
24 H	100x60	82	+	36,1°C																															
24 H																																			

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass.: Guia

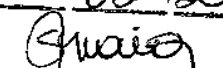
	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 319		

Nome: Luiz Felipe Vazolo			
DATA: 25/11/19 ☐ 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:		☐ 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 escalo ☐ Tecido necrótico		☐ Tecido de granulação ☐ com escalo ☐ 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 ☒ Serosanguíneo		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosanguíneo	
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 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% ☐ Outro:		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☒ Outro: neomina		☐ 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. Tés. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro OBS:	01-  02- 	01-	02-
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

Ass.: 





SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Luiz Felipe Varela HD 319 LEITO 319 • ALÉRGICO ?
DATA: 25/11/19 SEXO: M () F IDADE PESO KG. IDADE ANOS

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO	PREScrição DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER CENTRAL						() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
CATETER PERIFÉRICO						() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u> </u> H
SONDA VESICAL						() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANTER MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA						() ANSIEDADE	() MANTER CABECEIRA ELEVADA
SONDA NASOENTÉRAL						() MEDO	() ASPIRAR VAS /TQT
DRENOS						() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES						() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO						() DESEQUILIBRADA	() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
ÚLCERA POR PRESSÃO						() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> H
PUPILAS						() FADIGA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
ACUIDADE VISUAL						() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
VIAS AÉREAS SUPERIORES						() RISCO PARA QUEDAS	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
OBS:						() AUTOESTIMA PERTURBADA	() VERIFICAR DISTENSAO ABDOMINAL
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO						() RISCO PARA LESÃO	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
EXPANSÃO						() DIARREIA	() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: <u> </u> HORAS
DOR INSPIRATÓRIA						() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO <u> </u> / <u> </u> HORAS
FREQUÊNCIA						() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
MÚRMURIS VESICULARES						() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
RUIDOS ADVENTÍCIOS						() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR BANHO NO LEITO
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS						() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u> </u> / <u> </u> H
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA						() DOR	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA						() HIPOTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
TEMPERATURA DA PELE						() HIPERTERMIA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
APARELHO CARDIOVASCULAR						() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() ESTIMULAR DEAMBULACÃO
RITMO CARDÍACO						() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
PERFUSÃO PERIFÉRICA						() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	() OUTROS
PULSO PERIFÉRICO						() CONFORTO PREJUDICADO	
PULSO						() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	
LOCAL DO PULSO						() OUTROS	
APARELHO GASTROINTESTINAL							
APETITE							
ABDOMEN							
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS							
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE							

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	26/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mon
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18:00
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 MMMHG				SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				ok
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rita
12	CURATIVO DIARIO SN				SN
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				16:00
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:
3EG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

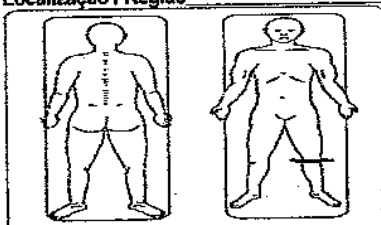
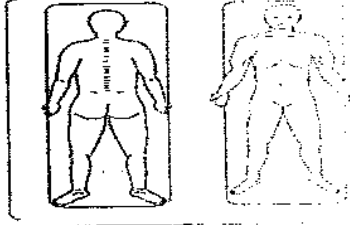
SINAIS V	PA	FC	ES	TEMP
6 H	110/60	-		36.5°C
12 H	130x90	80	+	36.8
18 H	80x50	73	+	
24 H				
24 H	110/60	75	+	36.6°C

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

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: 319		

Nome: Luiz Felipe Viondo			
DATA: 26/11/19 ☐ 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:		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 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 ☐ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
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 Perifoneal: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☒ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras		Condição da pele Perifoneal: ☐ 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: Alomexine		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 + de 24hs		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

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



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Wallyson Barbosa Moura IDADE: 31 ANOS SEXO: M () F () PESO: 76 KG. LEITO: 319 • ALÉRGICO? NÃO

DATA: 26/06/2020

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS CATETER CENTRAL: SIM () NÃO () LOCAL: DATA: <u>26/06/2020</u> CATETER PERIFÉRICO: SIM () NÃO () LOCAL: DATA: <u>26/06/2020</u> CATETER VESICAL: SIM () NÃO () LOCAL: DATA: <u>26/06/2020</u> SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () LOCAL: DATA: <u>26/06/2020</u> SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () LOCAL: DATA: <u>26/06/2020</u> DRENOS? SIM () NÃO () LOCAL: DATA: <u>26/06/2020</u>		DIAGNÓSTICO () RISCO DE INFECÇÃO () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () TROCA GASOSA PREJUDICADA () ANSIEDADE () MEDO () ENFRENTAMENTO INEFICAZ () RISCO PARA NUTRIÇÃO () DESEQUILIBRADA () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS () FADIGA () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE () RISCO PARA Quedas () RISCO PARA LESÃO () AUTOESTIMA PERTURBADA () DIARREIA () 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 () DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO () OUTROS:	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VAS () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ H () MANTER MONITORIZAÇÃO () MANTER CABECEIRA ELEVADA () ASPIRAR VAS /TOT () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS () ATENTAR PARA PERFUSÃO PERIFÉRICA () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ H () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA () MANTER JEIUM A PARTIR DAS: ____ HORAS () REALIZAR DEXTRO ____ / ____ HORAS () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO () ORIENTAR AUTOCUIDADO () 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
LESÕES IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO GRAU I () GRAU II () GRAU III () CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS: _____ TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO. RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS: () HÍDRATA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES () ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.M.G PALPÁVEL ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/PRISÓDIOS: _____ APARELHO GENITURINÁRIO/DILUIÇÃO: _____ ELIMINAÇÃO: () LIMPIDA () CONCENTRADA			

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	27/11/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					OND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					Mou
3	SSF 500ML EV ACM					ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					18
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H 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					OG
10	SSVV + CCGG 6/6 H					Dohre
12	CURATIVO DIARIO SN					S/N
14	CLAXANE 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

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H						
12 H	80x60	80	-	36.8C	+	6
18 H	100x60	80		37.2	+	1
24 H	100x60	67		36.1	+	10
24 H	100x60	90		36.2C	+	0

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: Quiana

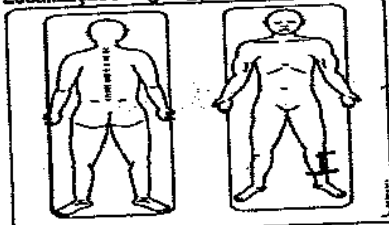
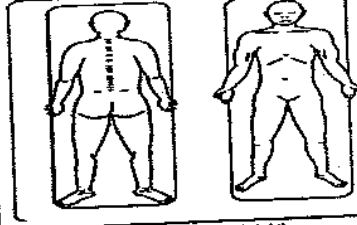


SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM -- HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NAME: Luiz Felipe S. Varella HD Bot Farm
 DATA: 27/11/19 SEXO: () M () F PESO KG. LEITO 335 • ALÉRGICO?

[illegible]

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 8B - 335		

Nome: <u>Luiz Felipe Varela</u>	
DATA: <u>27/11/19</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região  <u>tração</u>
DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: <u> </u> cm Largura: <u> </u> cm Profundidade: <u> </u> 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 ☐ Serossanguíneo
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% ☐ Outro:
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ 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	01- <u>Sarah Moraes</u> 02- <u>Leina</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:	OBS: CONFERE COM ORIGINAL Em <u>11/02/2020</u> Ass: <u>[Assinatura]</u>

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

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	335	DATA	28/11/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE				21:00		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mante		
3	SSF 500ML EV ACM				A.C.H.		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18:00		
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H 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				02		
10	SSVV + CCGG 6/6 H				D.H.M.		
12	CURATIVO DIARIO SN				S/N		
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				16:00		
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: BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS							
DR MARCELO MARQUES CRM 1918							
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E	F
6 H	102x63	80		36.2	+	0	DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
12 H	100x50	73	—	36.8 C	+	0	
18 H	100x60	73		37.1 C	0	0	
24 H	100x60	79		36 C	+	0	
24 H							

Interação Clínica:

paciente bem-estar bom a dieta,
muito bem com a alimentação

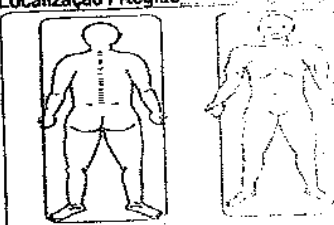
CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: Guarany

1962-2010
MUNICÍPIO

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 335		

Nome: Luiz Felipe Vasela		Localização / Região: m E	
DATA: 28/11/19	☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região: 
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☒ Dérmatológica ☐ 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 ☐ Serossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
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 4% ☐ Clorexidina 1% ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☐ Clorexidina 1% ☐ Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:	
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca:	Em caso de + de 24hs: Diário Valdo Cardoso da Silva		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- Jeandina da Silva Rocha T.E. Enfermagem COREN-RR 551.943	02- Aux. de Enfermagem Valdo Cardoso da Silva COREN-RR 551.943	01- 02-
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Guaiú

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Wallyson Barbosa Moura HD Febril Febril
 DATA: 28/11/19 SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO 335 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM																
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS <table border="1"> <tr> <td>CATETER CENTRAL</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>CATETER PERIFÉRICO</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>SONDA VESICAL</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>SONDA NASOGÁSTRICA</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> </table>				CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	DIAGNÓSTICO () RISCO DE INFECÇÃO () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () TROCA GASOSA PREJUDICADA () ANSIEDADE () MEDO () ENFRENTAMENTO INEFICAZ () RISCO PARA NUTRIÇÃO () Desequilibrada () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS () FADIGA () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE () RISCO PARA Quedas () RISCO PARA LESÃO () AUTOESTIMA PERTURBADA () DIARREIA () CONSTIPACÃO () RISCO PARA CONSTIPACÃO () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA () RISCO PARA BRINCO ASPIRAÇÃO () DOR () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA () CONFORTO PREJUDICADO () DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO () OUTROS: _____	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM () MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H () MANter MONITORIZAÇÃO () MANter CABECEIRA ELEVADA () ASPIRAR VAS /TQT () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA () ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA () MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA () MANter JEJUM A PARTIR DAS: _____ H () REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO () 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
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																		
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																		
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																		
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																		
LESÕES 																					
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES 1. FERIMENTO 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 CABEÇA, 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 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS: _____																					
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO MÚRMURIS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: () HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____ APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO B. HAV. () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAG. PARÁVEL ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPACÃO () MILENA APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE: () ESTIMULADA () GISTOSIOMIA () SVD () LÍMPIDA () CONCENTRADA																					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Wallyson

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	29/11/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mau
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
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 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				08
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Doite
12	CURATIVO DIARIO SN				S/N
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				12h
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 verifico deficit fun / greve en				
12 H					
18 H					
24 H					
24 H	Não verifico deficit fun / greve en / formagem				
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11 / 02 / 2020
Ass.: Guacira

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	335	DATA	30/11/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SND
3	SSF 500ML EV ACM				SND
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SND
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				SND
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SND
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SND
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SND
12	CURATIVO DIARIO SN				SND
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				SND
15					SND
16					SND
17					SND
18					SND
19					SND
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				SND
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO EM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
SINAIS V					PA
6 H					FC
12 H					FR
18 H					TEMP
24 H					
24 H					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
DR MARCOS BRUNNER CRM 1917					
Deficit de movimento Exfermaço em gen					

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 E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	335	DATA	1/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNV
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SNV
3	SSF 500ML EV ACM				SNV
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SNV
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				SNV
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				SNV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SNV
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SNV
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SNV
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SNV
12	CURATIVO DIARIO SN				SNV
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				SNV
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 15177					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	GREVE				
12 H	GREVE				
18 H	GREVE				
24 H					
24 H	GREVE				

Elaine Magalhães
Coordenadora

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
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					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	335	DATA	2/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MACIL
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				AK
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)				SC
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SC
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SC
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SC
12	CURATIVO DIARIO SN				SA
14	CLAXANE 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 MARQUES CRM 1918					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	Def. de	de	func.		
12 H	Def. de	de	func.		
18 H					
24 H					
24 H					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					

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



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____ HD _____
DATA: ____/____/____ SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: _____ • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS					
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA		
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA		
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____				
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	DATA: _____				
SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____				
DRENOS? SIM () NÃO ()	QUAL? _____				
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES					
1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTADA					
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()					
CABEÇA/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					
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA					
OBS: _____					
TÓRAX E PULMÕES/PADRÃO RESPIRATORIO					
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO					
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO					
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO					
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSESSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____					
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS					
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS					
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA					
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA					
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPOTERMICA					
APARELHO CARDIOVASCULAR					
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA					
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME					
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE					
LOCAL DO PULSO: _____					
APARELHO GASTROINTESTINAL					
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO					
B.H.A. AUSENTES () PRESENTES - ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL					
ELIMINAÇÕES/ADVERSOS/ERIS/DISORDENS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPACÃO () MELENA					
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:					
DIURESE ESPONTÂNEA: () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD					
LÍQUIDA () CONCENTRADA					

Em 11/08/2020
ASS: Wallyson

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() RISCO DE INFECÇÃO	() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____H
() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANter MONITORIZAÇÃO
() ANSIEDADE	() MANter CABECEIRA ELEVADA
() MEDO	() ASPIRAR VAS /TOT
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS
DESEQUILIBRADA	() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____H
() FADIGA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA QUEIMAS	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() AUTOESTIMA PERTURBADA	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() DIARRÉIA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() CONSTIPACÃO	() MANter JEIUM A PARTIR DAS: ____H
() RISCO PARA CONSTIPACÃO	() REALIZAR DEXTRO ____HORAS
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR BANHO NO LEITO
() DOR	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____H
() HIPOTERMIA	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() HIPERTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM.
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() CONFORTO PREJUDICADO	() OUTROS
() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	
() OUTROS:	

335

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 E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	335	DATA	3/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	SSF 500ML EV ACM				SN
4	TILATIL 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 INTEN				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				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
12	CURATIVO DIARIO SN				SN
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				SN
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	120	de	femur		
18 H					
24 H					
24 H					
				DR MARCUS BRUNNER CRM 1917	

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: G. Quirino

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	335	DATA	4/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SMD	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			marcelo	
3	SSF 500ML EV ACM			Riv	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			18	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N			18	
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 DIARIO 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:					
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	200/100 de fome.				
18 H					
24 H					
24 H					
			DR MARCUS BRUNNER CRM 1917		

CONFERE COM ORIGINAL

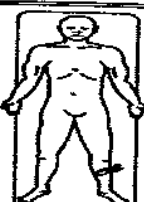
Em 11 / 02 / 2020

Ass.: Guai

335

337
OK!

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 335		

Nome: <u>Leuz Fellype Vasela</u>			
DATA: <u>04/12/19</u> ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região  	DATA: <u>04/12</u> ☐ 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 escalo ☐ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com escalo ☐ 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 ☐ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
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: _____		Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo: <u>Manhã</u> ☐ Tarde		Hora do curativo: <u>Manhã</u> ☐ 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 <u>01 Valdenice</u>		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem <u>02 Valdenice</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

11/02/2020
Guang

337

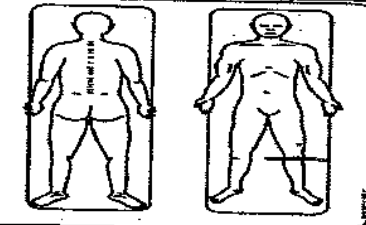
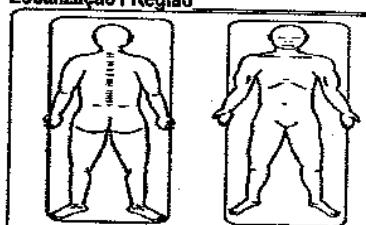
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTI: FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	6/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				OG
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				OG
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 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 SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				OG
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				OG
10	SSVV + 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 HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	110/100	80			
18 H					
24 H					
24 H					

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: <u>Luís Felipe Santana Varela</u>			
DATA: <u>06/12/19</u> ☒ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra: <u>F.O.</u>		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 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 ☒ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
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 Perifoneal: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras		Condição da pele Perifoneal: ☐ 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>NEOBRUCO</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 + 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:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

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				
AGNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	7/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			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			06	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Notificação	
12	CURATIVO DIARIO SN				
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA			46	
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 V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	110x60	74	-	36,5°C	
18 H	90x60	60	-	36,5°C	
24 H					
24 H					

foto A.V.P. as 06:00hs - Vander

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: Guaia

HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
DE RIO BRANCO

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 337

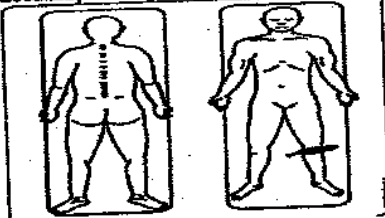
Nome: Luz Felipe Loure

DATA: 07/12/13

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região



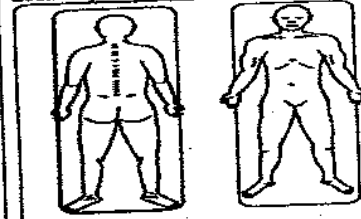
ME
coxa

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 esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

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

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

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 ☐ Colagenase
☐ 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:

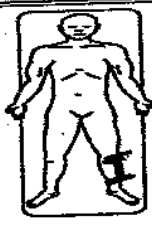
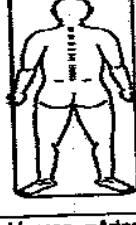
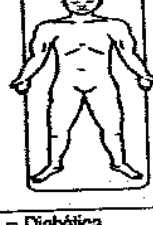
OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

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: Luiz Felipe Varela				
DATA:	Localização / Região   Coxa		DATA:	Localização / Região  
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II			☐ GRAU - I ☐ 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 ☐ Serossanguíneo		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
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% ☐ Outro:		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ 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	01- 	02-	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	 Soraia CPF nº 117.224.317			
OBS:			OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass.: Soraia

337

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 E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	8/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SNP	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Mentor	
3	SSF 500ML EV ACM			ACUS	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			suspensão	
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 INTEN			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 VO 1X/DIA EM JEJUM			SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			SN	
12	CURATIVO DIARIO SN			SN	
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA			SN	
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 V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
24 H					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

Ass: *Guilherme*



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

337

NOME: Wallyson Barbosa Moura HD Externa LEITO 337 • ALÉRGICO ? _____

DATA: 08/12/19 SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO 337 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>_____</u> H
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANTER MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			() ANSIEDADE	() MANTER CÂBECEIRA ELEVADA
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			() MEDO	() ASPIRAR VAS/TQT
DRENOS? SIM () NÃO ()	QUAL?					() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES						() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO						DESEQUILIBRADA	() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: <u>_____</u> GRAU I () GRAU II () GRAU III						() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO						() AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>_____</u> H
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA						() FADIGA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA						() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA						() RISCO PARA QUEDAS	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS						() RISCO PARA LESÃO	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA						() AUTOESTIMA PERTURBADA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
OBS: <u>_____</u>						() DIARREIA	() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: <u>_____</u> HORAS
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO						() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO <u>_____</u> HORAS
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO						() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO						() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO						() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR BANHO NO LEITO
MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE						() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>_____</u> H
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS						() DOR	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:						() HIPOTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA						() HIPERTERMIA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA						() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA						() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
APARELHO CARDIOVASCULAR						() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	() OUTROS
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()						() CONFORTO PREJUDICADO	
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA						() DEBILIDADE CARDIACA DIMINUIDO	
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME						() OUTROS	
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE							
LOCAL DO PULSO: <u>_____</u> FREQUÊNCIA: <u>_____</u>							
APARELHO GASTROINTESTINAL							
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO							
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES () ABDOME: () FLÁGIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAS RALPÁVEL							
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/RESONÂNCIAS:							
() NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA							
APARELHO GENITURINÁRIO/DIÚRESE:							
() ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD							
() POLIÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA							

CONFÉRMICA ORIGINAL

Em 11/02/2020 Ass: Wallyson

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	337	DATA	9/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Matin
3	SSF 500ML EV ACM				AM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
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 INTE				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				06
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				16
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: 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	80	ap	no	36,5	
12 H	80	aparelho no	retor		
18 H					
24 H					
24 H					

12h: Pat no leito, 1/1 quinase, mas afriado os osu po
falta de aparelho de P.A no retor, s. obsecos cierte. Se
aos atividades da equipe.

CONFERE COM ORIGINAL

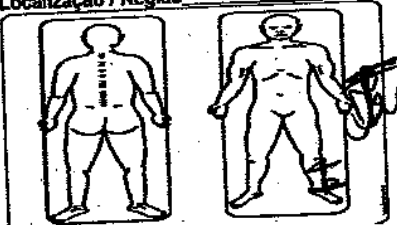
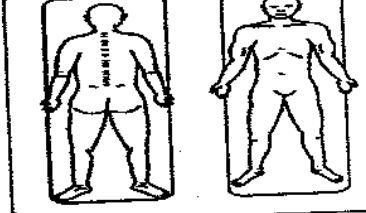
Em 11/02/2020

Ass.: *Guarua*

Dayane
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 917.047 TE

	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: ☐ 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:	☐ 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 ☐ Serossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo		
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 ☐ Outro: <u>Neomicina</u>	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:		
Hora do curativo: ☐ Manhã ☒ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde		
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	Em caso de + de 24hs		
Carimbo e ass. ec. em Enfermagem	01-	02- <u>Sarah</u> Sarah Moraes Catarina CONEN-TR 607.504-TE	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	OBS:		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020
Ass: Sarah

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				SMD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manh
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspenso
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				7
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE				JN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				OG
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				OG
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				OG
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
12	CURATIVO DIARIO SN				16
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 ERM 1918					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	de febre no 6h				
12 H	aparelho no 12h				
18 H					
24 H					
24 H					

12h: 70 + nua queixas algicas. - Dayane S. Tosin
Unidade de Enfermagem
COREN-RR 917.047 TE

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

337

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 E				
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	11/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SMD	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			mantido	
3	SSF 500ML EV ACM			ACM	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			suspenso	
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			?	
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			08	
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIARIO 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	
6 H					
12 H	Sem aparelho no sítio				
18 H					
24 H					
24 H					
DR MARCELO BRUNNER CRM 1917					

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11 / 02 / 2020
Ass.: Guana



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

33

NOME: Wuiz Felipe Santana Vaz HD _____
 DATA: 12/12/19 SEXO: M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: _____
 ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATER central	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA:	DATA:
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA:	DATA:



Sonda nasointestinal: SIM () NÃO () DATA: _____
 DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 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 ()

CABEÇA/PESCOÇO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉNVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MUDANÇAS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
 RUIDOS ADVENTICIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
 CIRCULAÇÃO/COIRDA PELE/MUCOSAS: _____

- () HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
 ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/COLORES/ODORES/ESTRUTURAS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPACÃO () WIELENA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () Desequilíbrio
 () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
 () DESCONSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA Quedas
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOESTIMA PERTURBADA
 () DIARREIA
 () CONSTIPACÃO
 () RISCO PARA CONSTIPACÃO
 () DEFICIT 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
 () DEFICIT CIRCULACÃO DIMINUIDO () OUTROS

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

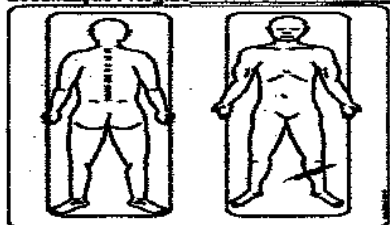
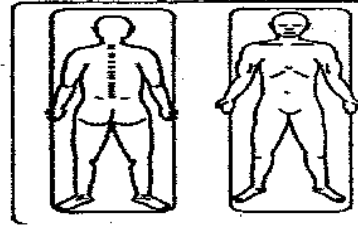
- () MANTER VIAS AÉREAS PÉNVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABECEIRA ELEVADA
 () ASPIRAR VAS /TOT _____
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
 () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
 () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉNVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
 () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
 () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
 () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
 () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
 () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPESSÃO
 () ORIENTAR AUTO CUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LETO
 () 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

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			SMD	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			maul	
3	SSF 500ML EV ACM			RCM	
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 MMMH				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM			26	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Rolmo	
12	CURATIVO DIARIO 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	58mm	aparelhado	manud		
18 H					
24 H					
24 H	110x60	69	-	36.7°C	
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/08/2020
Ass: Quares

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 337		

Nome: <u>Leur Felipe Valerito</u>			
DATA: <u>13/12/19</u> ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ 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 estacelo ☐ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ 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 ☐ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
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: _____		Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo: <u>Manhã 10:45</u> ☐ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Aut. 01- <u>Valdenice Costa</u> COREN-PA 1492		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro 01- <u>Karoline</u> 02- <u>Valdenice Costa</u> E-1492	
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass.: Guarag

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	14/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manten
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspenso
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 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 JEJUM				606 defect de notificação
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIARIO 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	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H	110/70	80		37,0	+ diarreia
24 H					
24 H					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					

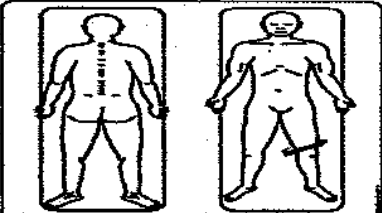
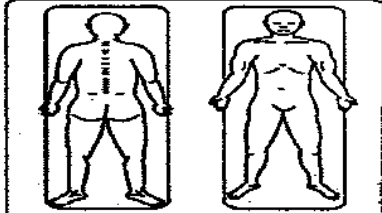
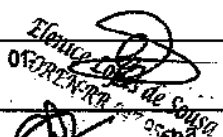
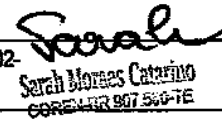
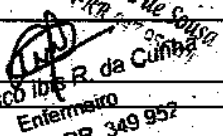
CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

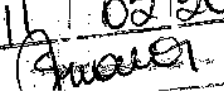
Ass: Quais

Paciente refere diarreia + de 08 episódios

	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 Loreto			
DATA: 10/11/2019 ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região  MTE Traseiro	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 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 ☐ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
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: Leomucel		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 + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- 		02- 	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro 			
OBS: Francisca Ili R. da Cunha Enfermeiro COREN - RR 349 952		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11 / 02 / 2020
Ass: 

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 E				
ALERGIA		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	15/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MATER
3	SSF 500ML EV ACM				AcM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspenso
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 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 JEJUM				COG NEGA
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Bofina
12	CURATIVO DIARIO 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	PA	FC	FR	TEMP	DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
6 H	100x80	67	-	36.2	
12 H	140x70	78	-	36.2	
18 H					
24 H					
24 H					

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

337

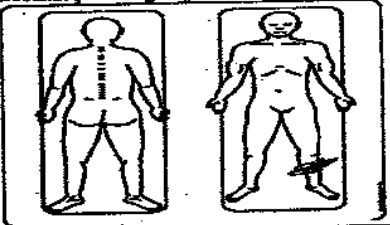
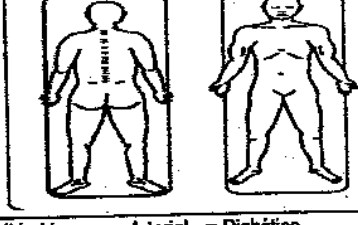
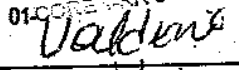
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN			
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO	FX FEMUR E					
ALERGIA						
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
	LEITO	337	DATA	16/12/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SND
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 IN					/
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					S/N
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMH					/
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM					OG
10	SSV + CCGG 6/6 H					/
12	CURATIVO DIARIO SN					S/N
14	CELEXAF 40mg SC 1X					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 MARQUES CRM 1918						
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	F
6 H						DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
12 H						
18 H						
24 H						
24 H	110/70	68	-	36,4°C	0	+

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

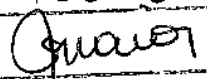
Ass.: Quaios

	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>Luiz Felipe Vasilo</u>			
DATA: <u>16/02/19</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ 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 ☐ Escara	
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 ☐ Serossanguíneo		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
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% ☐ Outro: _____		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____		☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo: ☒ Manhã <u>11:50</u> ☐ 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 Kar. 			
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Program.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020
Ass.: 

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					
ALERGIA:		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	13/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
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 MMMH				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIARIO 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	
6 H					
12 H	3 aparelhos na imobilidade				
18 H					
24 H					
24 H					
					DR MARCUS BRUNNER CRM 1917

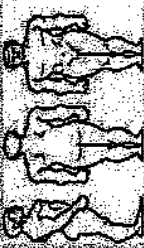
CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: Guaia

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Paulo Felipe HD LEITO • ALÉRGICO ?
DATA: 13/12/19 SEXO: M () F IDADE PESO KG.

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DA CATETERIZAÇÃO					
CATER central		SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	
CATER PERIFÉRICO		SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	
SONDA VESICAL		SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	
SONDA NASOGÁSTRICA		SIM () NÃO ()	DATA		
SONDA NASOBENTRAL		SIM () NÃO ()	DATA		
DRENOS		SIM () NÃO ()	QUAL?		
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES					
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO					
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: <u> </u> GRAU: I () GRAU II () GRAU III ()					
CABEÇA					
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					
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS					
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA					
OBS: <u> </u>					
TORAX					
PELHAS					
RESPIRATÓRIO					
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO					
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO					
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO					
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES					
TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO					
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS					
CIRCULAÇÃO					
COR					
PELE/MUCOSAS					
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALÍDA () RUBORIZADA () ICTERICIA					
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA					
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPERTERMICA ()					
APARELHO CARDIOVASCULAR					
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA					
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUÍFORME					
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE					
LOCAL DO PULSO: <u> </u>					
FREQUÊNCIA: <u> </u>					
APARELHO GASTROINTESTINAL					
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO					
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES					
ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VNG PALPÁVEL					
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: <u> </u> () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA					
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE					
() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LÍMPIDA () CONCENTRADA					
() HEMATÚRIA () COLÚRICA () OLIGÚRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020
Ass:

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____		HD _____		LEITO _____		• ALÉRGICO ? _____	
DATA: ____/____/____		SEXO: () M () F		IDADE: _____		PESO: _____ KG.	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CATETER CENTRAL: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____				() RISCO DE INFECÇÃO		() MANter VIAS AERÉAS PÉRVIAS	
CATETER PERIFÉRICO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____				() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS	
SONDA VESICAL: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____				() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA		() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____				() TROCA GASOSA PREJUDICADA		() MANter MONITORIZAÇÃO	
SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____				() ANSIEDADE		() MANter CABECEIRA ELEVADA	
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL: _____				() MEDO		() ASPIRAR VAS /TQT	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				() ENFRENTAMENTO INEFICAZ		() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA	
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO				() RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA		() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS	
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU () I () II () III				() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA		() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS	
CABEÇA: PESCOÇO: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: _____				() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO		() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO				() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS		() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS	
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA				() FADIGA		() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H	
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA				() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.	
VIAS AERÉAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA				() RISCO PARA QuedAS		() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	
OBS: _____				() AUTOESTIMA PERTURBADA		() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM	
TÓRAX: PULMÕES: PADRÃO RESPIRATÓRIO				() DIARREIA		() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL	
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO				() CONSTIPAÇÃO		() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA	
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO				() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO		() MANter JEIUM A PARTIR DAS: _____ H	
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO				() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO		() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS	
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE				() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA		() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÃO	
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBIOS				() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO		() ORIENTAR AUTO CUIDADO	
CIRCULAÇÃO / SÓRDIDA PELE / MUCOSAS				() DOR		() REALIZAR BANHO NO LEITO	
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA				() HIPOTERMIA		() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H	
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA				() HIPERTERMIA		() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA				() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		() PREPARAR PARA EXAMES EM:	
APARELHO CARDIOVASCULAR				() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO		() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO	
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () DIMINUIDA				() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA		() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO	
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA				() CONFORTO PREJUDICADO		() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.	
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME				() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO		() OUTROS	
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE				() OUTROS:			
LOCAL DO PULSO: _____							
APARELHO GASTROINTESTINAL							
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO							
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES							
ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL							
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA							
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:							
() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LÍMPIDA () CONCENTRADA							
() HEMATÚRIA () COLÚRICA () OLIGÚRIA () POLIÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA							

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELYPE SANTANA VARELA				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR E				
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	17/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SAD	
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 IN			SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN	
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMH			08	
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM			SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			16	
12	CURATIVO DIARIO SN			SN	
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 MARQUES CRM 1918					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
24 H	120/70	72	19	36	+ +

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/03/2020

Ass.:

Guaio

Pres
Assinatura



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 CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	*
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()				
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()				
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()				
DRENOS? SIM () NÃO ()				



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____
CABEÇA: PESCOÇO: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: _____
GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS: _____

- () HÍDRATA DA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
PULSO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VNG PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: _____
() NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

CONTINUAÇÃO ORIGINAL
Em 11/02/2008
Ass: _____
Guarua

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilíbrio
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A 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

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VAS /TOT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() 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: _____

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 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				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspenso
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				?
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR IN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMH				(OG)
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIARIO SN				
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 MARQUES CRM 1918					
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	aparelho na unidade				
18 H					
24 H					
24 H	deficit de func.				
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					

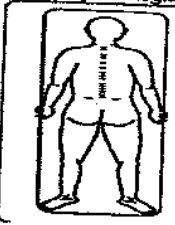
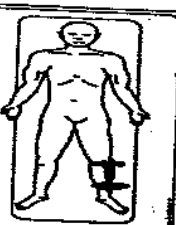
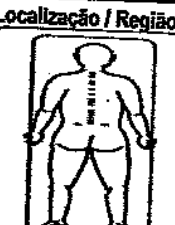
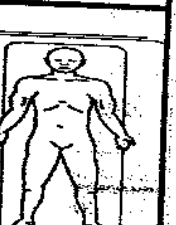
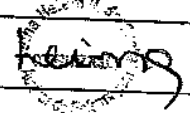
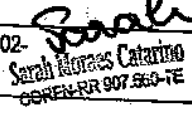
CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: Guarua

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC		Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
			Atualizada: Janeiro / 2015		
			ENF/LEITO: 337- 3B		

Nome: Wallyson Felipe S. Varela

DATA: ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região   <u>coxa</u>	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região  
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm Largura _____ cm	Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm Largura _____ cm
Tamanho da Ferida:	arência do Leito: ☒ Tecido de granulação ☐ com escalo ☐ Tecido necrótico	Tamanho da Ferida:	arência 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 ☐ Serossanguíneo	Quantidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Dor: ☒ Sim ☐ Não	Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	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% ☐ Outro:	Condição da pele Perilesional: ☐ 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	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	Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- 	Data da Próxima troca: caso de + de 24hs	Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 02- 
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Program.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

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

330

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
GNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	19/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SAD	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Maurício	
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 IN			/	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			/	
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMH			/	
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM			/	
10	SSV + CCGG 6/6 H			/	
12	CURATIVO DIARIO SN			/	
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		
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H	120/70	76			
24 H					
24 H					
					DR MARCUS BRUNNER CRM 1917

Trouxe de leito às 15:45h - Enf: Karol

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



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

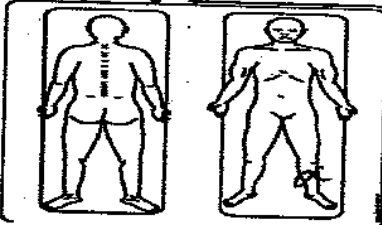
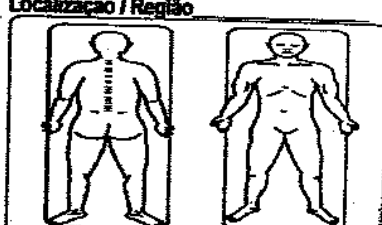
33

NOME: Luiz Felipe Santana HD _____

DATA: 19/12/19 SEXO: M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO _____ • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				() RISCO DE INFECÇÃO	() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO () LOCAL DATA			() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO () LOCAL DATA			() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
SONDA VESICAL	SIM () NÃO () DATA: _____			() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANter MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO () DATA: _____			() ANSIEDADE	() MANter CABECEIRA ELEVADA
SONDA NASOBIBULAR	SIM () NÃO () DATA: _____			() MEDO	() ASPIRAR VAS /TQT _____
DRENOS?	SIM () NÃO () QUAL? _____			() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS
1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO				DESEQUILIBRADA	() OBSERVAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III				() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO				() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA				() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA				() RISCO PARA Quedas	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA				() RISCO PARA LESÃO	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA SUGAGEM
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS				() AUTOESTIMA PERTURBADA	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA				() DIARREIA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
OBS:				() CONSTIPAÇÃO	() MANter JEIUM A PARTIR DAS: _____ HORAS
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO				() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO				() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO				() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO				() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR BANHO NO LEITO
MÚRMUROS VESICULARES: () PRESENTE () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO				() DOR	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS				() HIPOTERMIA	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:				() HIPERTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() HÍDRATA DA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () PALÍDA () RUBORIZADA () ICTERICIA				() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCICANÓTICA				() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA				() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
APARELHO CARDIOVASCULAR				() CONFORTO PREJUDICADO	() OUTROS
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () DIMINUÍDA				() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA				() OUTROS	
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME					
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE					
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA: _____					
APARELHO GASTROINTESTINAL					
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO					
URINA: () AUSENTES () PRESENTES () ABDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () AMIG. PALPÁVEL					
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA					
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:					
URINA: () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () QUITOSTOMIA () SVD () EMPÍDA () CONCENTRADA					
ELIMINAÇÃO: () NORMAL () DIMINUÍDA () AUMENTADA () OBSTRUÍDA () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA					

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 330		

Nome: <u>Luiz Felipe Vasula</u>			
DATA: <u>19/12/19</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: <u>F. Ferida</u>		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 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 ☐ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
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 Perifoneal: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras		Condição da pele Perifoneal: ☐ 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>Neomomicina</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 + de 24hs		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- <u>[Assinatura]</u> 02-		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- <u>[Assinatura]</u> 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro <u>[Assinatura]</u> OBS:		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro <u>[Assinatura]</u> OBS:	
OBS: <u>Francisco Reis R. da Cunha</u> Enfermeiro COREN - RR 349.952		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas 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	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	33	DATA	20/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manh
3	SSF 500ML EV ACM				Acum
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 IN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMI				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				08
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIARIO SN				SN
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 MARQUES CRM 1918					
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H	Sem aparelho seto				
24 H					
24 H					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					

Nutrição Clínica:

paciente evoluiu bem a dieta
sem intercorrências.

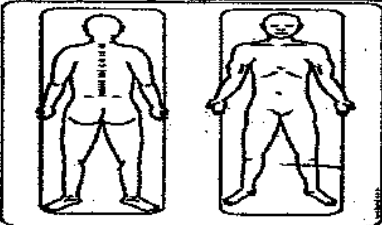
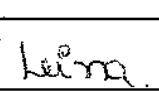
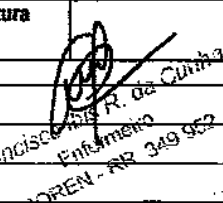
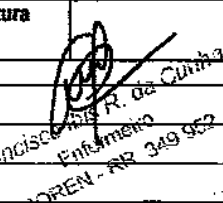
fez 2.º ano
CRM 7.229
Tânia Nascimento

CONFERE COM ORIGINAL

Em 21/02/2020

Ass.: [Assinatura]

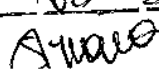
	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 330		

Nome: Luiz Felipe Santana Barbosa			
DATA: 2011/2/19	Localização / Região		DATA:
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II			☐ GRAU - I ☐ GRAU - II
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: F.O.		☐ 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 estacelo ☐ Tecido necrótico		☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara
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 ☐ Serossanguíneo		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
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% ☐ Outro:		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ 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	01- 	02- 	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			
OBS:			

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: 



330

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				S/N	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				S/N	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				S/N	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				S/N	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				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	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N	
10	SSVV + CCGG 6/6 H				S/N	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				S/N	
14	CURATIVO DIARIO SN				S/N	
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				S/N	
16					S/N	
17					S/N	
18					S/N	
19					S/N	
20					S/N	
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:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

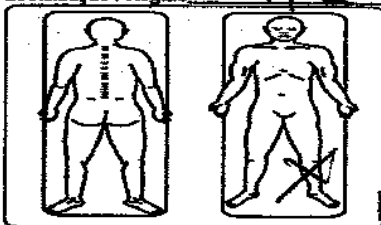
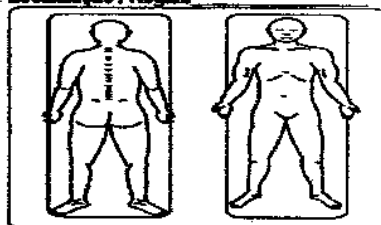
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	F
6 H						
12 H	100x70	67	-	36,1°C	+	+
18 H						
24 H						

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

Ass.: Guia

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 330		

Nome: Luís Felipe Vaz			
DATA: 22/12/19 ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II x2	Localização / Região: M/E 	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 estacelo ☐ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ Tecido necrótico	
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 ☐ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
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:		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 + de 24hs: Manhã			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Jeandina da Silva Rocha Téc. Enfermagem COREN-RR 551.843	01- Valdenice dos Santos Oliveira Aux. de Enfermagem COREN-RR 125	01- Valdenice dos Santos Oliveira Aux. de Enfermagem COREN-RR 125	02-
OBS: Francisco Luis A. da Cunha Enfermeiro COREN-RR 349.952		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Program.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em **11/02/2020**

Ass.: **Guara**

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	23/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12
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 + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO SN				
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				
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:

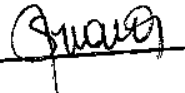
DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

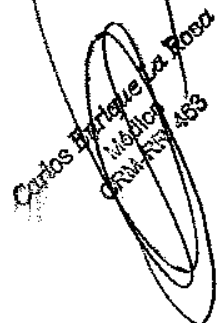
DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D F
6 H	111x64	78		36.2	+ -
12 H					
18 H					
24 H					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: 


Carlos Henrique da Rosa
Médico
CRM 1918

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			SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			mm	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			SUSP	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			22	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H 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 6/6 H			RDMC	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			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 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
6 H				
12 H				
18 H				
24 H	114x69	89	-	36°C

06:00 cefaléia intenso
administrado medicação prescrita - TOR

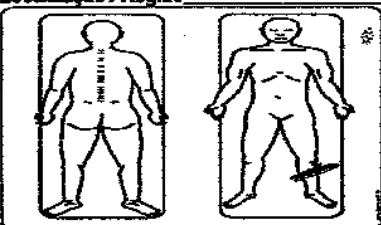
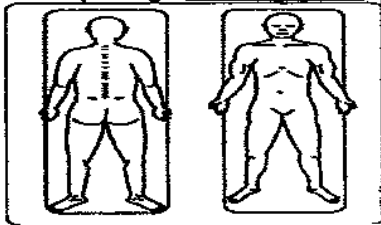
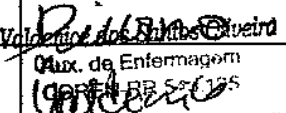
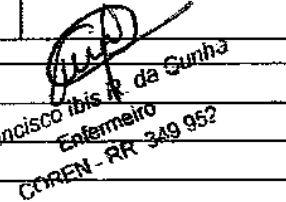
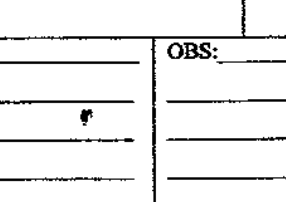
CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/06/2020

Ass.: Guaia

330

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 330		

Nome: <u>Leuz Felipe</u>			
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 ☐ 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 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 ☐ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
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: _____		Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo: ☒ Manhã <u>11:30</u> ☐ 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 ass. Téc. em Enfermagem 	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro 		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro 	
OBS: Francisco Ibsis de A. da Cunha Enfermeiro COREN - RR 349 952		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/02/2020
Ass.: Quais

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Luiz Felipe Santana Varola ID 335 • ALÉRGICO ?
 DATA: 25/12/19 SEXO: () M () F IDADE KG LEITO 335

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM																									
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS <table border="1"> <tr> <td>CATETER CENTRAL</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>CATETER PERIFÉRICO</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>SONDA VESICAL</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>SONDA NASOGÁSTRICA</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>SONDA NASOENTERAL</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>DRENOS?</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>QUAL?</td> <td></td> </tr> </table>				CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	DRENOS?	SIM () NÃO ()	QUAL?		DIAGNÓSTICO () RISCO DE INFECÇÃO () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () TROCA GASOSA PREJUDICADA () ANSIEDADE () MEDO () ENFRENTAMENTO INEFICAZ () RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS () FADIGA () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE () RISCO PARA Quedas () RISCO PARA LESÃO () AUTOESTIMA PERTURBADA () DIARREIA () 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 () DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO () OUTROS:		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM () MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VAS () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u> </u> H () MANter MONITORIZAÇÃO () MANter CABECEIRA ELEVADA () ASPIRAR VAS /TQT () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA () MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> H () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA () MANter JEJUM A PARTIR DAS: <u> </u> HORAS () REALIZAR DEXTRO <u> </u> HORAS () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO () ORIENTAR AUTOCUIDADO () REALIZAR BANHO NO LEITO () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u> </u> H () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO () PREPARAR PARA EXAMES EM: () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA. () OUTROS:	
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																												
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																												
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																												
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																												
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																												
DRENOS?	SIM () NÃO ()	QUAL?																													
LESÕES 				CONTROLE DE CATETERES E SONDAS 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: <u> </u> GRAU I () GRAU II () GRAU III CABEÇA PESCOÇO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS:																											
TÓRAX E PULMÕES / PADRÃO RESPIRATÓRIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO MÚRMURIS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS CIRCULAÇÃO/COOR DA PELE/MUCOSAS: () HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: <u> </u>				CONFERE COM ORIGINAL Em <u>11/02/2020</u> ASS: <u>[Assinatura]</u> FREQUÊNCIA: <u> </u>																											
APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: <u> </u> () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPACÃO () MELENA APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE: () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA () HEMATÚRIA () COLÚRICA () OLIGÚRIA () POLIÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA																															

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	26/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				10
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				10:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR/INTEN				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)				15
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO SN				SN
15	CLEXANE 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:				
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
6 H	100x70	66		
12 H				
18 H				
24 H				

10:00 - Realizado AVP, em MSE. R

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.:

Guaia

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			SMD	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			SMD	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			SUSP	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			10	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN <i>diapirona 6 em 6h / 35</i>			10	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE POR INTER			15.00	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			15.00	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			15.00	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			15.00	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			15.00	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			15.00	
14	CURATIVO DIARIO SN			15.00	
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA			15.00	
16	DETAMETARONA 10 mg EV AGORA			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:

A PORE COM INTERSSA CEFALGIA
FRONTAL.

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

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 FELYPE 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				Manten
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H <i>suspendo</i>				18-20
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				18-20
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	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				Rota
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO SN				
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				
16	Naproxeno 01 cp de 12/12 horas				13-00
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				
	Dipirona 1g + AD 8ml EV agora				12
	Diclofenaco 10mg EV 12/12 horas agora				12

EVOLUÇÃO MÉDICA: Dr. Alexandre Feitosi
Médico
CRM-FR 2131

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*

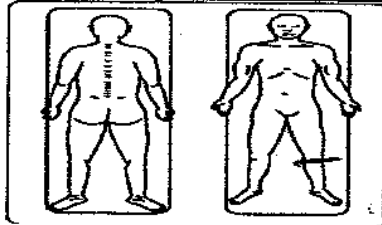
11:29 Pt com cefaleia intensa, fotofobia, fonofobia e náuseas.
há 2 dias. Cefaleia típica de padrão migranoso. Ex neurológico
normal.

CR: Tto abativo de crise migranosa.

obs: Tramal somente se dor relacionada a fratura.

Dr. Alexandre Feitosi
Médico
CRM-FR 2131

	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 Souto Barros			
DATA: 28/12/19	Localização / Região		DATA:
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II			☐ GRAU - I ☐ 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 ☐ Escara
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 ☐ Serossanguíneo		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
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 ☒ Outro: Neomair		☐ 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	 Ofência Lopes de Sousa COREN-RR 345.957		01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	02- Valência dos Santos Oliveira Ass. de Enfermagem COREN-RR 540.125		
OBS:	OBS:		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Program.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

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



PEDIDO DE PARECER

Unidade: Hospital das Clínicas

Nome: *Luis Felipe S. Jarella*

Idade:

REGISTRO:

Bloco:

Leito: *330*

De:

Ortopedia

Para:

Clinica Médica

*Paciente internado com Fratura de fêmur.
Evoluiu pós trauma (TCE) em 28/11/19.
com intensa afolia. (Sem pulso
medialmanteira)*

28.12.2019 Parecer. pl CM pl investigação

Data

*Dr. Marcelo Marques
Médico
CRM 1918/RJ*

médico

*Sob. orientação Dr.
Alberto
Ferreira*

CONFERE COM ORIGINAL

Em *11/02/2020*

Ass.: *Guia*

Data

médico

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

29/12/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

SMB

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

Mantido

3 CEFALOTINA 3G EV 6/6H

SUSP

4 NAPROXENO 01CP. DE 12/12 HORAS VO

5 DIPIRONA 1G EV 6/6H

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 6/6 H

Rotina

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

14 CURATIVO DIÁRIO SN

15 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA

16 DEXAMETASONA 10MG EV LENTO DE 12/12 HORAS

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:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

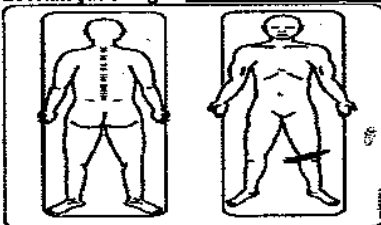
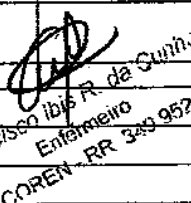
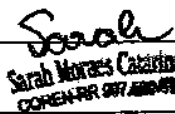
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H	110x70	58		

CONFERE COM ORIGINAL

Em **11 / 08 / 2020**

Ass: **Guarion**

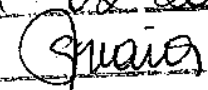
	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 380		

Nome: Luiz Felipe Santos Nogueira			
DATA: 29/12/19 ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região 		DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II
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	
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 ☐ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
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: Melanite		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 + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem  FRANCISCO IBSEN R. DA CUNHA COREN-RR 349.952		01-  SARAH MORAES CATARINO COREN-RR 097.480.412	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: 

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	30/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	NAPROXENO 01CP. DE 12/12 HORAS VO				18
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				06
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 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO SN				
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				18
16	DEXAMETASONA 10MG EV LENTO DE 12/12 HORAS				06
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:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

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

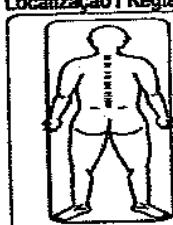
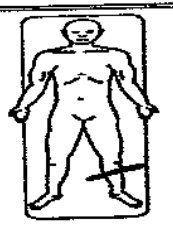
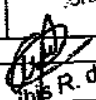
CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: *Guia*

- 21- Tenoxicam 20mg GU após 12
- 22- TRAMAL 100mg + SF 0.9% 100ml EV 8/8h Fxo 12
- 23- Prednisona 20mg 2cp/dia por 5 dias 16
- 24- Dipirona 2g EV 4/4h 16 20 24 08
- 25- Amitriptilina 25mg VO 1x/dia, iniciar após 12
- amante para a noite!

Dr. Marcelo Marques
Médico
CRM 1918/RR

Nome: <u>Lucas Felipe Varela</u>		Localização / Região	
DATA:			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 ☐ Serossanguíneo		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
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% ☐ Outro: _____		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ 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: caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01-  Sarah Moraes Catarino COREN-RR 907 500-TE		01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	 Francisco de R. da Cunha Enfermeiro COREN - RR 349 952		OBS:

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

ASS: G. Wang

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	31/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			SND	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			SUSP	
4	NAPROXENO 01CP. DE 12/12 HORAS VO			20 08	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H			18 24 06 12	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 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)			SND	
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO SN				
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA			16	
16	DEXAMETASONA 10MG EV LENTO DE 12/12 HORAS			18 06	
17	TRANSFERIR AO HGR - AVALIAÇÃO NEUROCIRURGIA				
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR				
20	(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:

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 11/02/2020
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 Felipe Souto

DN: 1/1

DIAGNÓSTICO(S): Hematoma subdural + epidural

DIH: 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 TC de crânio (30/12/2019): Hematoma subdural + epidural (D), lesão de linha média.

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente apresentando quadro de letargia e desorientação, hemiparesia (D).

TC de crânio evidenciando Hematoma subdural + epidural (D) com lesão de linha média.

Necessita avaliação urgente de Neurocirurgia.

Boa 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 Queiroz Pereira
Neurologista
CRM-RR 1625/RQE 661

CRM 1

CRM 1625 / RQE

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: [Assinatura]



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

1015

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

DATA: 20/11/19
PACIENTE: Luiz Felipe S. Velloso DN: 11/11/97
DIAGNOSTICO(S): fratura de fêmur distal

DIH: 3/12/19

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

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: [Assinatura]

TERAPIA INSTITUÍDA:

Clonazepam + Sirtamitico

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

paciente com cirurgia
programada para dia 4/12/19
pela manhã

Boa Vista 20 de Novembro de 2019. Hora:

CRM /

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Dr. André Lima
Médico
CRM-RR 1384

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

CRM /

Dr. Augusto Calvacante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1384

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação/Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde		Vermelho		Vermelho		Vermelho	
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		Laranja		Laranja		Laranja	
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		Amarelo		Amarelo		Amarelo	
		Verde		Verde		Verde	
		Azul Ass.		Azul Ass.		Azul Ass.	
1901184210	08/11/2019 13:33:14	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19 18	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
LUIZ FELYPE SANTANA VARELA		11/11/1994		24 A 11 M 27 D		CPF 75404338172	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão	
IDENTIDADE 5759592		SSP/GO		14/05/2009		M	
Mãe		Estado Civil		Raça/Cor		Nacionalidade	
MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA		SOLTEIRO(A) PARDA		BOA VISTA - RR		BRASILEIRA	
Endereço		Pai		Contato		Ocupação	
RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 --- RR		ANDRE LUIS VARELA		(95) 99157-6808			
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA				Temp.	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Peso	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL				Pressão	
Queixa Principal		Sintoma		Sintoma		Sintoma	
Queda de moto		☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL			
		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 13:30 h)							
Paciente trouxe pelo SSM em prancha rígida e collar cervical.							
Vítima de colisão moto x carro sendo ele o motorista da							
moto.							
Exame Físico							
Lesões em cabeça e MTE c/ anátrons realizados pelo SSM							
Hipótese Diagnóstica							
TCE grave							
SADT - Exames Complementares							
☒ RAIOS-X		☐ ULTRA-SON		☒ TC		☐ SANGUE	
☐ SANGUE		☐ URINA		☐ ECG		☐ OUTROS:	
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
Solicito RX fêmur @ + bacia							
TC de crânio, tórax e abdome.							
Solicito avaliação pelo Neuropsiqu. Dr. Simão; avaliar a TC de							
crânio; solicitar monitor em observação neurológica com TC de crânio							
frequente. Sem conduta pelo cirurgia geral							
Condição							
☐ Alta por Decisão Médica		☐ Ambulatório		☐ Observação (Até 24h)		☐ Internação	
☐ Alta a Pedido		☐ Ambulatório		☐ Observação (Até 24h)		☐ Internação	
☐ Alta a Revelia		☐ Ambulatório		☐ Observação (Até 24h)		☐ Internação	
☐ Transferência para:		☐ Ambulatório		☐ Observação (Até 24h)		☐ Internação	
óbito							
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não		Destino: ☐ Família		☐ IML Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: antonia.soares		CONFERE COM ORIGINAL					
Data Hora: 08/11/2019 13:34:00		Em 11/02/2020					
		Ass.: Quaiç					

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 - CNES	
H-G-R					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Luz Felipe Santana Varelz					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
				11/11/94	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				10 - SEXO	
				Masc. ☐ 1 Feme. ☒ 3	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
				15 - UF	
				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente em fratura de fêmur (E)					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Internacao					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
História + Exame físico + Neurologia					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
fratura de fêmur (E)					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Internacao					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
() CNS () CPF					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
Dr. Venecio					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
09/11/19					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
Dr. Venecio					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - CNPJ EMPRESA					
39 - CNIE DA EMPRESA					
40 - CBOR					
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - Cód. ÓRGÃO 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 11/08/2020

Ass.: Guana



Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☒ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901184210	08/11/2019 13:33:14	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	
Paciente LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA		Data Nascimento 11/11/1994	Idade 24 A 11 M 27 D	CNS	CPF 75404338172
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 5759592	Órgão Emissor SSP/GO	Data Emissão 14/05/2009	Sexo M	Estado Civil SOLTEIRO(A)
Mãe MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA	Endereço RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 --- RR		País ANDRE LUIS VARELA	Naturalidade BOA VISTA - RR	Nacionalidade BRASILEIRA
Class. de Risco		Piano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Sector GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.	Registrado por: ANTONIA.SOARES		
Queixa Principal Queda de moto		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue			

Anamnese de Enfermagem

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

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

Paciente trazido pelo SAMU em prancha rígida c/ collar cervical. História de colisão moto x carro sendo ele o motorista da moto.

Exame Físico

Lesão em cabeça e MTE c/ anatisia realizada pelo SAMU

Hipótese Diagnóstica

TCE grave

SADT - Exames Complementares

☒ BAIO-X ☐ ULTRA-SON ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

Solicito RX fêmur @ + bacia
TC de crânio, tórax e abdome.

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

Solicito avaliação pelo Neuropsiquiatra Dr. Simão; admitir a TC de crânio, tórax e abdome em observação neurológica com TC de crânio e tórax. Sem conduta pelo cirurgião geral

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revella
☐ Transferência para:

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

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML 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 / 02 / 2020

Ass.: *Quatro*



1901184210

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 - CNES	
H.G.R.					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Luz Fellype Santana Vaz					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
				11/11/94	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				9 - SEXO	
				Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
				15 - UF	
				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente em fase de leucemia					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Internar					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Leucemia + Exame físico: Neutrofilia					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL				21 - CID-10 PRINCIPAL	
Leucemia crônica de células B				C60.0	
22 - CID-10 SECUNDÁRIO				23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Internar					
26 - CLÍNICA				27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
28 - DOCUMENTO				29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
() CNS () CPF					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
Dr. Penacat				09/11/19	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO				35 - CNPJ DA SEGURADORA	
36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				37 - Nº DO BILHETE	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				39 - SÉRIE	
40 - CNPJ EMPRESA				41 - CNAE DA EMPRESA	
				42 - CBOR	
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
				46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47 - DOCUMENTO				48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF					
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
11/11					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass:

G. Moura

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					HORÁRIO
1 DIETA ORAL LIVRE					10h
2 AVP					10h
3 CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA					10h
4					
5 DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN					10h
6 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					10h
7 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					10h
8 TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IP					10h
9 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					10h
10 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					10h
11 CURATIVO DIÁRIO					10h
12 SSVV + CCGG 6/6H					10h
13 FAZER DESMAME DE SVD					10h
14 RETIRAR SVD					10h
15 AO HC					10h
16					10h
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: BEG, 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	
18 H					
24 H					

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

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

Visto UVE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO-07-19	
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA	11/11/1994	24 A 11 M 27 D		75464338172	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	5759592	SSP/GO	14/05/2009	M	SOLTEIRO(A)PARD
Mãe	MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA		Pai		ANDRE LUIS VARELA
Endereço	RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 --- RR		Contato		(85) 99157-6808
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Pregatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		ANTONIA SOARES		
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintoma do Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				
"Queda de moto"					

Anamnese da Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

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

Paciente trouxe pelo pai em prancha vindo de casa com
queixa de colisão com carro sendo ele a motorista da
moto.

Exame Físico

Lesão em cabeça e MTE c/ anelitos vermelhos e
edema.

Hipótese Diagnóstica

TCE grave

SADT - Exames Complementares

☒ RAO-X

☐ ULTRA-SON

☒ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Solicite RX torax e abdome.
TC de crânio, torax e abdome.

Solicite Avaliação pelo Neurologista. De acordo com o
exame, contém machucado observados na região da cabeça
e torax.
Paciente sem consciência pelo trauma físico.

Conduta

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

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 03/11/2019 13:34:00



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

RECEITUÁRIO

NOME:

Luiz Felipe Santana Viana
Laudo Médico

Paciente encontra-se internado
no Hospital Geral de Roraima,
leito 401-5 desde o dia
8/11/19 com quadro de
ferimentos graves.
Aguarda procedimentos
~~cirúrgicos~~ ~~prognosticados~~
para o dia 9/12/19

DATA

13/11/19

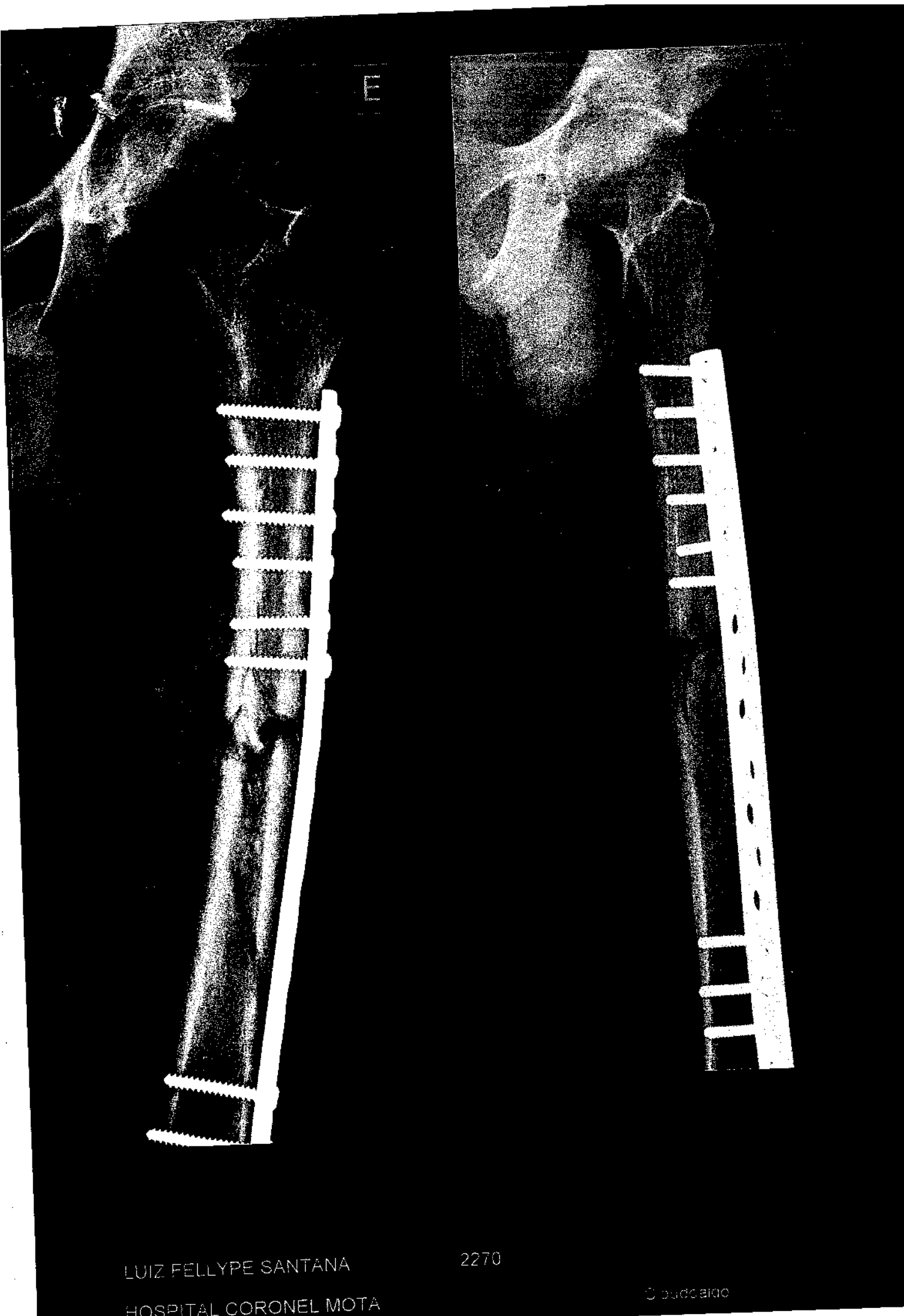
Dr. ASSINATURA
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1984

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

Dr. ASSINATURA
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1984

Anexo I

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE					
Identificação do Paciente				8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				6 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				14 - CDD. IGGE MUNICÍPIO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - UF	
16 - CEP					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - CNPJ DA SEGURADORA					
34 - Nº DO BÔNUS					
35 - Nº DA SÉRIE					
36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO					
37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBO					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - EMPREGADO					
44 - EMPREGADOR					
45 - AUTÔNOMO					
46 - DESEMPREGADO					
47 - APOSENTADO					
48 - NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
51 - DOCUMENTO					
52 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					



LUIZ FELLYPE SANTANA
HOSPITAL CORONEL MOTA

2270

Óbido





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

RECEITUÁRIO

NOME:

Luiz Felipe Santana Viana
Laudon Medeiros

Paciente encontra-se internado
no Hospital Geral de Roraima,
leito 401-5 desde o dia
8/11/19 com queda de
fêmur esquerdo.

Aguarda procedimento
~~cirúrgico~~ programado
para o dia 9/12/19

DATA

13/11/19

ASSINATURA
Dr. André Luiz de Oliveira
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1504

Dr. André Luiz de Oliveira
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1504

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

18/06/2020: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO.

Data: 18/06/2020

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: 5ª Vara Cível

Por: SISTEMA CNJ

18/06/2020: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR.

Data: 18/06/2020

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Registro de Distribuição

Por: SISTEMA CNJ

18/06/2020: RECEBIDOS OS AUTOS.

Data: 18/06/2020

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ

18/06/2020: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL.

Data: 18/06/2020

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

Por: SISTEMA CNJ