

# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO, Brasileiro, Solteiro, Aux. De serviços gerais, portadora do RG nº 3324834 SSP/RR e inscrito no CPF sob nº 023.3302.182-57, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Avenida Jardim, nº 451, B14 A204-urucum. Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-529. Tel: (95) 99171-5894/9152-6003 E-mail: naldocost28@gmail.com.

**Outorgado:** Dr. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR 1832, OAB/PA 27.108-A, OAB/AM A1261, Dra. ELINEIVA COSTA SILVA, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1743, Dra. EDLANE LEÃO DE ALBUQUERQUE, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1950, ambos com o endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) -99171-7145 / 99117-5392 (escritório), (95) -99129-6312 / 98108-7779 (pessoal), onde deverá receber intimações.

**Poderes específicos:** para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judicium”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial, pedir Justiça Gratuita, assinar declaração de hipossuficiência econômica e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários. Da **Gratuidade da Justiça**, em conformidade com a norma do artigo 105 da lei 13.105/2015.

BOA VISTA/RR, 22/08/2020

  
LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO





## TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

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

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

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

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

VISITE O PORTAL MTE: [www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)



## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP  
203.42091.34-9

NÚMERO  
7373756

SÉRIE  
0030

UF  
RR

*Lucinaldo Costa da Conceição*

ASSINATURA DO TITULAR



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2013

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



### LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO

FILIAÇÃO.....: ANTONIO SANTOS DA CONCEIÇÃO  
MARIÁ RAIMUNDA SOUSA COSTA  
NASCIMENTO.....: 28/12/1990 SEXO: MASCULINO  
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: CARACARAI - RR  
DOCUMENTO.....: C. I. 3324834 13/05/2005 SESP RR  
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF.....: 023.302.182-57 CNH.....:  
TÍT. ELEITOR: 004113512607 SEÇÃO: 0077  
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 29/11/2011

ASSINATURA DO EMISSOR

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /  
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

## LEGENDA

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

03



# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

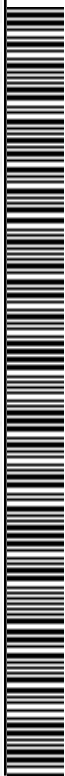
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

**LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO**, Brasileiro, Solteiro, Aux. De serviços gerais, portadora do RG nº 3324834 SSP/RR e inscrito no CPF sob nº 023.3302.182-57, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Avenida Jardim, nº 451, B14 A204-urucum. Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-529.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 32 / 08 / 2020

  
\_\_\_\_\_  
**LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO**



28/08/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Declaração de residencia

LEITURA: 1318 MINIMO TOTAL: 33,35 CARGA: 020  
DT.VENC.: 01/10/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1361



**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0135902-9

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 001431961

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

| CONTA MES     | VENCIMENTO | CONSUMO (KWH) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| SETEMBRO/2018 | 01/10/2018 | 412           | 301,67              |

ELCILENE FALCAO DOS SANTOS  
AV JARDIM 451 B14 A204-URUCUM CIDADE SATELITE  
RESIDENCIAL VILA JARDIM  
CEP: 69.317-529 - BOA VISTA

ROT: 32.001.24.20.594200

| DADOS DA LEITURA            | KWH   | KVAH | DATAS DA LEITURA            |
|-----------------------------|-------|------|-----------------------------|
| Atual:                      | 8366  |      | Atual: 12/09/2018           |
| Anterior:                   | 7954  |      | Anterior: 14/08/2018        |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 |      | Próxima Leitura: 12/10/2018 |
| Consumo Medido:             | 412   |      | Emissão: 11/09/2018         |
| Consumo Faturado:           | 412   | FCAH | Apresentação: 12/09/2018    |

NORMAL

29

| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Poste   | Código Fat. | Média 12 meses |
|------------------|---------|----------------|---------|-------------|----------------|
| RESIDENCIAL      | BI      | 14EDB03244N    | 1403703 | 1.1.1.2     | 340            |

| HISTÓRICO KWH   | DESCRIÇÃO DA CONTA                  |
|-----------------|-------------------------------------|
| Mês/ano consumo |                                     |
| AGO/18 386      | CONSUMO 412 A R\$ 0,574560 = 236,71 |
| JUL/18 303      | CORRECAO MONETARIA DA 05/18-00 0,08 |
| JUN/18 340      | CORR MONETARIA TCD (IGPM) 10/1 2,83 |
| MAI/18 350      | CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00 8,71 |
| ABR/18 442      | MULTA POR ATRASO DE I 05/18-00 0,42 |
| MAR/18 457      | JUROS DE MORA POR ATR 05/18-00 0,11 |
| FEV/18 442      | MULTA POR ATRASO 05/18-00 4,88      |
| JAN/18 418      | PARCELAMENTO DE DEBITOS 10/10 37,12 |
| DEZ/17 584      | JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00 6,18 |
| NOV/17 232      | ILUMINACAO PUBLICA 4,63             |

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 412 - 0,456770

## MENSAGENS IMPORTANTES / PREAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$  
08/2018 280,48

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 27/09/2018, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 467,52 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.  
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 37F7.7517.23FD.CFA2.7AZE.AE6A.8798.3FD0

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |
|---------------------------|-------------------------|
| Distribuição: 70,58       | Base de Cálculo: 236,71 |
| Energia: 112,92           | Alíquota ICMS: 17,00%   |
| Transmissão: 0,00         | Valor do ICMS: 40,24    |
| Encargos: 4,70            | Valor do PIS: 1,46      |
| Tributos: 48,51           | Valor do COFINS: 6,81   |

## INDICADORES DE CONTINUIDADE

|                                        | DMC     | DICRI |
|----------------------------------------|---------|-------|
| 8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82 |         |       |
| 5,73 17,00 1,57                        |         |       |
| FLORESTA                               | 07/2018 | 67,45 |

ROT: 32.001.24.20.594200

| SEU CÓDIGO   | TOTAL A PAGAR - R\$ |
|--------------|---------------------|
| 0135902-9    | 301,67              |
| MÊS FATURADO | VENCIMENTO          |
| 09/2018      | 01/10/2018          |

Eletrobras  
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 001431961 FCAH

83630000003 8 01670075000 9 00000000135 4 90290918008 2



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR





# ADVOCACIA

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO**, Brasileiro, Solteiro, Aux. De serviços gerais, portadora do RG nº 3324834 SSP/RR e inscrito no CPF sob nº 023.3302.182-57, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Avenida Jardim, nº 451, B14 A204 - urucum. Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-529..

**DECLARO** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

BOA VISTARR, 12 / 08 / 2020

Lucinaldo Costa da Conceição  
**LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO**



## TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

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

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

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

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

VISITE O PORTAL MTE: [www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)



## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP  
203.42091.34-9

NÚMERO  
7373756

SÉRIE  
0030

UF  
RR

*Lucinaldo Costa da Conceição*

ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITO



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Conde João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



### LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO

FILIAÇÃO..... ANTONIO SANTOS DA CONCEIÇÃO  
MARIÁ RAIMUNDA SOUSA COSTA  
NASCIMENTO..... 28/12/1990  
ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO  
NATURALIDADE: CARACARÁ - RR  
DOCUMENTO..... C. I. 3324834 13/05/2005 SESP RR  
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF..... 023.302.182-57 CNH.....  
TIT. ELEITOR: 004113512607 SEÇÃO: 0077  
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 29/11/2011  
ZONA: 004

ASSINATURA DO EMISSOR

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /  
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

LEGENDA

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



## REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

NOME DO TITULAR .....

REGISTRADO EM ..... SOB. Nº ..... LIVRO Nº .....  
 FLS. .... PROC. Nº .....  
 PROFISSÃO .....  
 FUNÇÃO .....  
 LEGISLAÇÃO .....  
 LOCAL ..... DATA ..... ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

REGISTRADO EM ..... SOB. Nº ..... LIVRO Nº .....  
 FLS. .... PROC. Nº .....  
 PROFISSÃO .....  
 FUNÇÃO .....  
 LEGISLAÇÃO .....  
 LOCAL ..... DATA ..... ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

REGISTRADO EM ..... SOB. Nº ..... LIVRO Nº .....  
 FLS. .... PROC. Nº .....  
 PROFISSÃO .....  
 FUNÇÃO .....  
 LEGISLAÇÃO .....  
 LOCAL ..... DATA ..... ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

04

## REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

NOME DO TITULAR .....

REGISTRADO EM ..... SOB. Nº ..... LIVRO Nº .....  
 FLS. .... PROC. Nº .....  
 PROFISSÃO .....  
 FUNÇÃO .....  
 LEGISLAÇÃO .....  
 LOCAL ..... DATA ..... ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

REGISTRADO EM ..... SOB. Nº ..... LIVRO Nº .....  
 FLS. .... PROC. Nº .....  
 PROFISSÃO .....  
 FUNÇÃO .....  
 LEGISLAÇÃO .....  
 LOCAL ..... DATA ..... ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

REGISTRADO EM ..... SOB. Nº ..... LIVRO Nº .....  
 FLS. .... PROC. Nº .....  
 PROFISSÃO .....  
 FUNÇÃO .....  
 LEGISLAÇÃO .....  
 LOCAL ..... DATA ..... ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

05

## DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO  
FATOR RH

DIABETE

☐ SIM☐ NÃO

HEMOFILIA

☐ SIM☐ NÃO

ALERGIAS

☐ SIM☐ NÃO

DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de Julho de 1993)

☐ SIM☐ NÃO

## CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO ..... SÉRIE ..... UF ..... DATA DE EMISSÃO .....

DATA DA ANOTAÇÃO ..... ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

NÚMERO ..... SÉRIE ..... UF ..... DATA DE EMISSÃO .....

DATA DA ANOTAÇÃO ..... ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

NÚMERO ..... SÉRIE ..... UF ..... DATA DE EMISSÃO .....

DATA DA ANOTAÇÃO ..... ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

NÚMERO ..... SÉRIE ..... UF ..... DATA DE EMISSÃO .....

DATA DA ANOTAÇÃO ..... ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

06

17.482.177/0001-74

EMPREGADOR

L. N. Paisagismo e Construções Ltda.

CC Av. Minas Gerais, Nº 447 - Bairro dos Estados

ENDEREÇO CEP: 69.305-660

MUNICÍPIO BOA VISTA/RR UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO S. P. R. V. T. E

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO 02 DE SETEMBRO DE 2015

REGISTRO Nº FLS. / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA 713,00

P. 1

DATA DE ENCERRAMENTO 2015

P. 2

COM. DISPENSA CD Nº 6.292.347.460

FGTS Nº DA CONTA

07

28/08/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Carteira de trabalho

## ATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: 230.977/0001-691  
 CCG CFECEL: 230.977/0001-691  
 ENDEREÇO: R. ...  
 MUNICÍPIO: ...  
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: ...  
 CARGO: ...

DATA DE ADMISSÃO: 18 DE ...  
 REGISTRO N°: ...  
 REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA: R\$ 862,00  
 DATA DE SAÍDA: ...  
 COM DISPENSA CD N°: ...  
 FGTS N° DA CONTRA: ...

10

## CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: Insc. Estadual 24.002244-2  
 CCG CFECEL: 24.002244-2  
 ENDEREÇO: ...  
 MUNICÍPIO: ...  
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: ...  
 CARGO: ...

DATA DE ADMISSÃO: 18 DE ...  
 REGISTRO N°: ...  
 REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA: R\$ 862,00  
 DATA DE SAÍDA: ...  
 COM DISPENSA CD N°: ...  
 FGTS N° DA CONTRA: ...

11

## ATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: 539/0001-691  
 CCG CFECEL: 539/0001-691  
 ENDEREÇO: ...  
 MUNICÍPIO: ...  
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: ...  
 CARGO: ...

DATA DE ADMISSÃO: 18 DE ...  
 REGISTRO N°: ...  
 REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA: R\$ 862,00  
 DATA DE SAÍDA: ...  
 COM DISPENSA CD N°: ...  
 FGTS N° DA CONTRA: ...

08

## CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: PROPEC - PRODUTOS P AGROPECUARIA LTDA  
 CNPJ: 00.604.247/0001-17  
 ENDEREÇO: Avenida-SANTOS DUMONT, 1565  
 MUNICÍPIO: BOA VISTA - UF: RR  
 CARGO: Auxiliar deposito  
 CBO N°: 4110-05  
 DATA DE ADMISSÃO: 17/08/2015  
 REGISTRO N°: 00318

REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA: R\$ 862,00  
 DATA DE SAÍDA: ...  
 COM DISPENSA CD N°: ...  
 FGTS N° DA CONTRA: ...

09



28/08/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Carteira de trabalho

**CONTRATO DE TRABALHO**

EMPREGADOR **[04.216.977/0001-83]**  
**COPAN - Construção, Pavimentação e Terraplenagem do Norte Ltda.**  
 CGC/CPF/CEI  
 ENDEREÇO **Rua: Pacaránia, 304 - São Vicente**  
**Ed. Sumaré - Sis. 01.03.04 - CEP: 43.305-90.9**  
 MUNICÍPIO **BOA VISTA/RR** UF  
 ESP. DO ESTABELECIMENTO  
 CARGO **Aux de Serviços Gerais**  
 CBO Nº **5142-25**

DATA DE ADMISSÃO **16** DE **Junho** DE **2014**  
 REGISTRO Nº **8280** FLS. / FICHA  
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA **R\$ 1.000,00 (um mil reais) por mês**  
 1ª **Gleicy Eleonora da Costa Santos**  
 2ª **Sócia Administradora**  
 DATA DE SAÍDA **18** DE **Setembro** DE **2019**  
 1ª **Gleicy Eleonora da Costa Santos**  
 2ª **Sócia Administradora**

COM. DISPENSA CD Nº  
 FGTS Nº DA CONTA:

10

**CONTRATO DE TRABALHO**

EMPREGADOR **Insc. Estadual**  
**24.002244-2**  
**Transportes Bertolini Ltda.**  
 CGC/CPF/CEI  
 ENDEREÇO **Rua: Parque Industrial, N° 397 QD1 - Gov. Aquilino M. Duarte**  
 CEP: **69.315-218 - Boa Vista/RR**  
 MUNICÍPIO  
 ESP. DO ESTABELECIMENTO  
 CARGO **CHFEZ: 04.503.660/0007-31**  
 CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO **18** DE **fevereiro** DE **2020**  
 REGISTRO Nº FLS. / FICHA  
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA **R\$ 1.063,84 (um mil e sessenta e três reais e oitenta e quatro centavos)**  
 1ª **Willydaniel**  
 2ª **TRANSPORTES BERTOLINI LTDA**

DATA DE SAÍDA DE DE  
 1ª  
 2ª

COM. DISPENSA CD Nº  
 FGTS Nº DA CONTA:

11

**CONTRATO DE TRABALHO**

EMPREGADOR  
 CGC/CPF/CEI  
 ENDEREÇO  
 MUNICÍPIO UF  
 ESP. DO ESTABELECIMENTO  
 CARGO  
 CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE  
 REGISTRO Nº FLS. / FICHA  
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA  
 1ª  
 2ª

DATA DE SAÍDA DE DE  
 1ª  
 2ª

COM. DISPENSA CD Nº  
 FGTS Nº DA CONTA:

12

**CONTRATO DE TRABALHO**

EMPREGADOR  
 CGC/CPF/CEI  
 ENDEREÇO  
 MUNICÍPIO UF  
 ESP. DO ESTABELECIMENTO  
 CARGO  
 CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE  
 REGISTRO Nº FLS. / FICHA  
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA  
 1ª  
 2ª

DATA DE SAÍDA DE DE  
 1ª  
 2ª

COM. DISPENSA CD Nº  
 FGTS Nº DA CONTA:

13



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 001097/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 16/01/2019 10:56 Data/Hora Fim: 16/01/2019 11:27  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 16/01/2019  
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 13/08/2018 20:45

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Av. Ataíde Teive

Tipo do Local: Via Pública



Bairro: Equatorial

| Natureza                      | Meio(s) Empregado(s) |
|-------------------------------|----------------------|
| 1097: Auto lesão - Queimadura | Não Houve            |

**ENVOLVIDO(S)****Nome Civil: LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO (VÍTIMA, COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 28/12/1990  
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais Escolaridade: Ensino Médio Incompleto  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Maria Raimunda Sousa Costa

**Documento(s)**

RG - Carteira de Identidade: 3324834  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 023.302.182-57

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Av. Jardim  
Complemento: Bl.14, ap.204 a, Urucun  
Bairro: Cidade Satélite  
Telefone: (95) 99171-5894 (Celular)

Nº: 451

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Nenhum Objeto Informado

**RELATO/HISTÓRICO**

O comunicante acima qualificado informa que não é habilitado e que no dia, local e hora acima mencionados, conduzia o veículo de sua propriedade sentido centro, MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN EX, PLACA NAN 6531, RENAVAN 00507093208, CHASSI 9C2KC1660DR504655, quando um carro branco não identificado que trafegava em sentido contrário fez uma conversão para o lado esquerdo sem sinalizar vindo a colidir na parte frontal do referido veículo vindo a cair e em decorrência da queda veio a fraturar a patela do joelho direito. Informa ainda que foi acionado o SAMU e conduzido ao HGR para atendimento médico e que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT.



Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho  
Impresso por: Carlos Regis Cunha  
Data de Impressão: 16/01/2019 11:28  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 001097/2019

**ASSINATURAS**

Carlos Regis Cunha  
Responsável pelo Atendimento

Lucinaldo Costa da Conceição  
(Vítima / Comunicante)

"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."





28/08/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Guia de atendimento prefeitura

**FICHA DE ATENDIMENTO** Nº **1221** UNIDADE: **TEC-Brasil + MAGNO HENRIQUE** EQUIPE: **192**

Paciente: **Leopoldo Costa da Conceição** Idade: **24** Sexo: **M**  
 Nacionalidade: **Brasileira** Raca: ☒ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia  
 Endereço: **AV. ARAÚJO DE TEIVE / RUA D** Bairro: **NOVA ESPERANÇA**

Nº **15136** DATA **13/08/18** Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: **Dr. AVELLE** HORA J/9: **21:01** BASE ☒ VIA ☒ ☒ RÁDIO  
 MOTIVO DO ACIONAMENTO: **canal x morto** HORA J/10: **21:11** ☐ ( ) CELULAR

ACIONAMENTO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NA BASE ☐ OUTRO  
 INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ( ) / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas ( ) / Mais de 24 horas ( ) / Não sabe ( )

**AUTOMÓVEL** **MECANISMO DE TRAUMA**  
☐ Capotamento ☐ Uso do cinto ☐ VIOLENCIA ☐ OUTROS  
☐ Atropelamento ☐ Vítima projetada ☐ FAF ☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto  
☐ Colisão AUTO x ☐ Vítima encarcerada ☐ FAF ☐ Queda, Altura aprox.:  
☐ Motorista ☐ Air Bag Acionado ☐ Espancamento ☐ Acidente Doméstico  
☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ MOTOCICLETA / BICICLETA ☐ Violência Doméstica ☐ Queimadura Agente  
☐ Passageiro Banco traseiro ☐ Colisão MOTO x ☐ Violência Sexual ☐ Afogamento  
☐ PEDESTRE ☐ Queda de moto ☐ Tentativa de suicídio ☐ Agressão p/ animal  
☐ Atropelamento ☐ Com capacete ☐ Outros: **Trauma**  
☐ VIA ☐ CALÇADA ☐ FAIXA ☐ Queda de Bicicleta ☐ Sem capacete

**VIAS AERIAS** **VENTILAÇÃO** **CIRCULAÇÃO** **AV. NEUROLÓGICA**  
☐ Livre ☐ Apnéia ☐ Normocárdico ☐ YAVDN  
☐ Obstrução Parcial ☐ Dispneia ☐ Bradicárdico ☐ Miose  
☐ Obstrução Total ☐ Bradpneia ☐ Taquicárdico ☐ Midríase  
☐ Corpo estranho ☐ Taquipneia ☐ Arritmico ☐ Anisocoria ☐ D ☐ E  
☐ Edema de Glote ☐ Roncos ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Aparentemente Entorpecido  
☐ Outro ☐ Sibilos ☐ Ausente ☐ Cianose central ☐ GLASGOW **15**  
☐ Respiração paradoxal ☐ Cianose de extremidade

**SINAIS VITAIS E ESCORES**  
 Hora **21:21** P.A mm/hg **140/80** F.C Bpm **92** F.R Mpm **22** Sat O<sub>2</sub> % **100** T. Axilar °C **—** Glicemia **—** Esc. visual "DOR" **04/207** APGAR **—**

**AV. SECUNDARIA**  
**Pele** **Cabeça** **Face** **Pescoco** **Tórax** **Abdome**  
☒ Corada ☐ Contusão ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Escoriações  
☐ Quente ☐ Escoriação ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Escoriações  
☐ Pálida ☐ Laceração ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Lacerações  
☐ Fria ☐ Hematoma ☐ Ferimento ocular ☐ Desvio da traquéia  
☐ Úmida ☐ Luxação ☐ Enfisema Sub-  
☐ Seca ☐ Mandíbula ☐ Cutâneo ☐ Ferida Aspirativa  
☐ Cianótica ☐ Empalamento

**Pelve** **Coluna Dorsal** **MMSS** **MMII** **OCULAR** **VERBAL** **MOTORA**  
☐ Contusão ☐ Contusão ☐ Contusão ☐ Contusão ☐ 4 Espontânea ☐ 5 Orientado ☐ 6 Obedece a comandos  
☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Escoriações ☐ Escoriações ☐ 3 Ao comando ☐ 4 Confuso ☐ 7 Localiza a dor  
☐ Dor ☐ Dor ☐ Luxações ☐ Luxações ☐ 2 A dor ☐ 3 Palavras ☐ 4 Movimento de retirada  
☐ Instabilidade ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ 1 Sem resposta ☐ 2 Palavras ☐ 3 Flexão anormal  
☐ Crepitação ☐ Crepitação ☐ Crepitação ☐ Crepitação ☐ 1 Sem resposta ☐ 2 Extensão anormal

**AV. CARDIACA** **AFEÇÃO CLÍNICA** **HISTÓRIA REGRESSA**  
☐ Ritmo Sinusal ☐ Fibrilação atrial ☐ Respiratória ☐ Digestiva ☐ Diabetes ☐ Hergias  
☐ Taquicardia ☐ Fibrilação ventricular ☐ Neurológica ☐ Infecçiosa ☐ Cardiopatia ☐ Outros  
☐ Bradicardia ☐ Assistolia ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ HAS ☐ Medicção de uso:  
☐ Filuter ☐ Aborto ☐ Cardiovascular ☐ Outra ☐ Outras

**GRAVIDADE PRESUMIDA** **FILESO** **PEQUENA** **MEDIA** **MAIOR** **OBITO EVIDENTE**

**INCIDENTE** ☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local - EVASÃO ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trote ☐ Bombeiro no local:

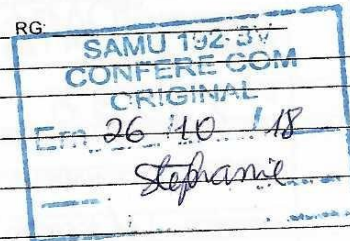
**RCP** ☐ Iniciada as: ☐ Término as: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs:

**OBSERVAÇÕES**

**SAMU 192-BV** **CONFERE COM ORIGINAL** **Em 26/10/18** **Stephane**



|                         |                                                                                                                                                                                             |                                                     |                                                      |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| DESTINO                 | <input checked="" type="checkbox"/> Atendido no local                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS  | <input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR |
|                         | <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA | <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI      |
|                         | <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> HMINSN                     | <input type="checkbox"/> Outros                      |
|                         | <input type="checkbox"/> Coronel Mota                                                                                                                                                       |                                                     |                                                      |
| CASO CLÍNICO            | Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar. |                                                     |                                                      |
|                         | Assinatura do Paciente: _____                                                                                                                                                               |                                                     |                                                      |
| PERTINÊNCIA DO PACIENTE | Descrição: _____                                                                                                                                                                            |                                                     |                                                      |
|                         | Nome do Receptor: _____                                                                                                                                                                     |                                                     |                                                      |
| TERMO DE RECUSA         | Função do Receptor: _____                                                                                                                                                                   |                                                     |                                                      |
|                         | Assinatura do Receptor: _____                                                                                                                                                               |                                                     |                                                      |
|                         | [ ] Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>atendimento pré-hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:                                           |                                                     |                                                      |
|                         | [ ] Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>transporte para unidade hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:                                   |                                                     |                                                      |
|                         | Assinatura do Paciente: _____ RG: _____                                                                                                                                                     |                                                     |                                                      |
|                         | TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____                                                                                                                                                              |                                                     |                                                      |
|                         | TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____                                                                                                                                                              |                                                     |                                                      |



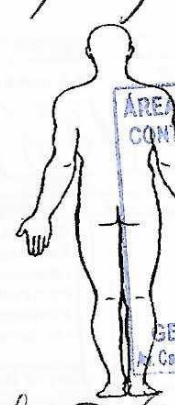
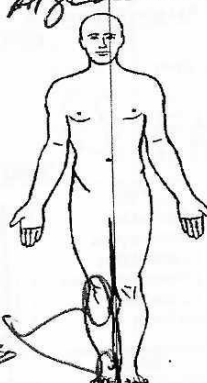
## GESTANTE

IG p/ semana: \_\_\_\_\_ Movimentos fetais: \_\_\_\_\_  
 Perda de líquido: \_\_\_\_\_ BCF: \_\_\_\_\_  
☐ Com cartão ☐ Sem cartão

## MATERIAL E MEDICAÇÃO

*Luvas, máscara, álcool, fita  
 Imprimante, papel - Sanguinária  
 ECG, 21 O1 amp. Diagona  
 Algodão*

| Abertura Ocular                                                                               | Classificação  | Pontos |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|
| Ocúlos abertos, previamente à estimulação                                                     | Espontânea     | 4      |
| Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta                                           | Ad. Sem        | 3      |
| Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos                                     | A. Pressão     | 2      |
| Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência                         | Ausente        | 1      |
| Ocúlos fechados devido a fator local                                                          | Não Testável   | NT     |
| Resposta Verbal                                                                               | Classificação  | Pontos |
| Resposta adequada relativamente ao nome, local e data                                         | Orientada      | 5      |
| Resposta não orientada mas comunicação coerente                                               | Confusa        | 4      |
| Palavras isoladas inteligíveis                                                                | Palavras       | 3      |
| Apenas gemidos                                                                                | Sons           | 2      |
| Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência                                    | Ausente        | 1      |
| Fator que interfere com a comunicação                                                         | Não Testável   | NT     |
| Resposta motora                                                                               | Classificação  | Pontos |
| Cumprimento de ordens com 2 ações                                                             | A. ordem       | 6      |
| Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço                  | Localizadora   | 5      |
| Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal        | Flexão normal  | 4      |
| Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal | Flexão anormal | 3      |
| Extensão do membro superior ao nível do cotovelo                                              | Extensão       | 2      |
| Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência        | Ausente        | 1      |
| Fator que limita resposta motora                                                              | Não testável   | NT     |



*27 anos: 1m41 encontrado em ONH lote (+) coliseu  
 como xavoto - piloto / motorista evariste do  
 local / vitima apresentando luxação de joelho  
 direito evariste de tornozelo (+) imobilizado  
 em arco e fratura/costas. Realizado tratamento de  
 trauma, informado ao M.R. 192 que chegou a administração  
 uma (01) ampola de morfina 5V Realizado e encaminhado  
 para o CT-HGR p/ avaliação e conduta (CPT)  
 monitoração contínua e S/A no transporte.*

ASSINATURA E CARIMBO

*JOSE BRASIL MARINHO*  
 COORDENADOR DE SERVIÇOS  
 CAREN-RR 136545 / SAMU 192



13/08/2018

...: Guia de Atendimento 02 :...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

Rosália Gomes da Silva  
Aux. Serv. Saúde

14.08-18

|                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                       |  |                                          |  |                                                                                                                                                                                |  |                                             |                                                                          |                                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|
| 1800995038                                                                                                                                                                                                                                 |  | 13/08/2018 21:54:19                                   |  | FICHA DE ATENDIMENTO                     |  | TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                  |  | NOTURNO 19-                                 |                                                                          | 23                                |  |
| Paciente<br><b>LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO</b>                                                                                                                                                                                            |  |                                                       |  | Data Nascimento<br><b>28/12/1990</b>     |  | Idade<br><b>27 A 7 M 16 D</b>                                                                                                                                                  |  | CNS<br><b>203420913490001</b>               |                                                                          | CPF <sup>07</sup><br><b>07</b>    |  |
| Tipo Doc<br><b>00</b>                                                                                                                                                                                                                      |  | Documento                                             |  | Órgão Emissor Data Emissão               |  | Sexo<br><b>M</b>                                                                                                                                                               |  | Estado Civil<br><b>PARDA</b>                |                                                                          | Naturalidade<br><b>BRASILEIRA</b> |  |
| Mãe<br><b>MARIA RAIMUNDA SOUSA COSTA</b>                                                                                                                                                                                                   |  |                                                       |  | Pai<br><b>NI</b>                         |  | Contato<br><b>(95) 99171-5894</b>                                                                                                                                              |  | Ocupação                                    |                                                                          |                                   |  |
| Endereço<br><b>RUA - AVENIDA JARDIM - SN - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR</b>                                                                                                                                                            |  |                                                       |  |                                          |  |                                                                                                                                                                                |  |                                             |                                                                          |                                   |  |
| Class. de Risco                                                                                                                                                                                                                            |  | Plano Convênio<br><b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> |  | Nº da Carteira                           |  | Validade                                                                                                                                                                       |  | Autorização                                 |                                                                          | Sis Prenatal                      |  |
| Motivo do Atendimento<br><b>ACIDENTE DE MOTO</b>                                                                                                                                                                                           |  | Caráter do Atendimento<br><b>URGÊNCIA</b>             |  | Profissional do Atend.                   |  | Procedência                                                                                                                                                                    |  | Temp.                                       |                                                                          | Peso                              |  |
| Setor<br><b>GRANDE TRAUMA</b>                                                                                                                                                                                                              |  | Tipo de Chegada<br><b>SAMU CAPITAL</b>                |  | Procedimento Sol.                        |  | <b>04 FEV 2019</b>                                                                                                                                                             |  | Registrado por:<br><b>DAL</b>               |                                                                          | Prossão                           |  |
| Queixa Principal<br><b>Dor em MTD</b>                                                                                                                                                                                                      |  |                                                       |  | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril |  | <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório                                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue |                                                                          |                                   |  |
| amnese de Enfermagem                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                       |  | GSC                                      |  | TOTAL                                                                                                                                                                          |  |                                             |                                                                          |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                       |  | AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456           |  |                                                                                                                                                                                |  |                                             |                                                                          |                                   |  |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)<br><b>Última chego após. pelo SAMU, no qual afirma ter sofrido colisão carro, moto onde o condutor da moto. Chegou para a consciência, vômitos. Deu entrada e/ou cervical e prancha rígida.</b>        |  |                                                       |  |                                          |  |                                                                                                                                                                                |  |                                             |                                                                          |                                   |  |
| Exame Físico<br><b>Última em REG, eupneico, acianótico. Ao exam: A: VA permeável e ar ambiente. B: pulmões limítrofes, S/E/P, MV+ bilat. C: Hemodinâmica estável. D: Reflexos normais. E: Membros abertos. Traumatismo contuso em MTD.</b> |  |                                                       |  |                                          |  |                                                                                                                                                                                |  |                                             |                                                                          |                                   |  |
| Hipótese Diagnóstica                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                       |  |                                          |  |                                                                                                                                                                                |  |                                             |                                                                          |                                   |  |
| SADT - Exames Complementares                                                                                                                                                                                                               |  |                                                       |  |                                          |  |                                                                                                                                                                                |  |                                             |                                                                          |                                   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS      |  |                                                       |  |                                          |  |                                                                                                                                                                                |  |                                             |                                                                          |                                   |  |
| PRESCRIÇÃO<br><b>Dipirona (SAMU)</b><br><b>Raio X de Torax, para o Dr. Paulo Machado R. Machado</b><br><b>13 AGO. 2018</b>                                                                                                                 |  |                                                       |  |                                          |  | APRAZAMENTO<br><b>Antepedido</b><br><b>Dr. Paulo Machado R. Machado</b><br><b>13 AGO. 2018</b>                                                                                 |  |                                             | OBSERVAÇÃO<br><b>Dr. Paulo Machado R. Machado</b><br><b>13 AGO. 2018</b> |                                   |  |
| Conduta<br><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica<br><input type="checkbox"/> Alta a Pedido<br><input type="checkbox"/> Alta a Revelia<br><input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <b>Antepedido</b>              |  |                                                       |  |                                          |  | <input type="checkbox"/> Ambulatório<br><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)<br><input type="checkbox"/> Internação<br>Data e Hora da Saída/Alta: <b>13 AGO. 2018</b> |  |                                             |                                                                          |                                   |  |
| óbito<br>Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica                                                     |  |                                                       |  |                                          |  |                                                                                                                                                                                |  |                                             |                                                                          |                                   |  |
| Assinatura do Paciente ou Responsável                                                                                                                                                                                                      |  |                                                       |  |                                          |  | Carimbo e Assinatura do Médico                                                                                                                                                 |  |                                             |                                                                          |                                   |  |
| Impresso por: dal<br>Data Hora: 13/08/2018 21:58:51                                                                                                                                                                                        |  |                                                       |  |                                          |  | 1800995038                                                                                                                                                                     |  |                                             |                                                                          |                                   |  |

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: P385W SK2NE MGI TO E6JUU





SUS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

07/09

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR.

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Lucivaldo Costa de Lencastre

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

168021

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2050001001511337

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/12/90

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria Raimunda Sousa Costa

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Almeida, Jardim Cidade Solara

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BU

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

PR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paralisação súbita de andamento do membro superior direito com luxação da patela D. fechada

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura crônica

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

Ra Simplex da Joelha D - APCL

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura crônica patela D.

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura crônica

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Ortopedia Vitoria

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

28 - DOCUMENTO

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

086098759

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Paulo Jefferson de Menezes

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

11/11

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

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

13/8/18

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019  
T068  
S820  
V299

102-3

| GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima |                                                                                                                                                                                                                     | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA<br>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |      | HGR<br>Hospital Geral de Roraima |            |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|------------|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                               |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                        |      |                                  |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                |                                                                                                                                                                                                                     | DIH                                                                    | DN   |                                  |            |
| PACIENTE                                        | <i>Lucivaldo Venturoso Loureiro</i>                                                                                                                                                                                 |                                                                        |      |                                  |            |
| DIAGNÓSTICO                                     | <i>Fratura comlux de polete D.</i>                                                                                                                                                                                  |                                                                        |      |                                  |            |
| ALERGIAS                                        |                                                                                                                                                                                                                     | HAS                                                                    | NEGA | DM2                              | NEGA       |
| IDADE                                           | 28                                                                                                                                                                                                                  | LEITO                                                                  |      | DATA                             |            |
| ITEM                                            | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                          |                                                                        |      |                                  | HORÁRIO    |
| 1                                               | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                    |                                                                        |      |                                  | SND        |
| 2                                               | AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia                                                                                                                                                                                            |                                                                        |      |                                  | 24         |
| 3                                               | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                                                                                                                                               |                                                                        |      |                                  | 24 08 1218 |
| 4                                               | TILATIL 20mg 12/12hs                                                                                                                                                                                                |                                                                        |      |                                  | 24 12      |
| 5                                               | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N                                                                                                                                                                                             |                                                                        |      |                                  | SN 02      |
| 6                                               | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                                                                                                                            |                                                                        |      |                                  | SN         |
| 7                                               | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                                                                                                                                          |                                                                        |      |                                  | SN         |
| 8                                               | RANITIDINA 50MG EV 8/8HS                                                                                                                                                                                            |                                                                        |      |                                  | 24 08 16   |
| 9                                               | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                                                                                                                                         |                                                                        |      |                                  | SW         |
| 10                                              | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                                   |                                                                        |      |                                  | Rotinas    |
| 12                                              | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG                                                                                                                                                                   |                                                                        |      |                                  | Alencar    |
| 14                                              | CURATIVO DIARIO                                                                                                                                                                                                     |                                                                        |      |                                  | M          |
| 15                                              |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                        |      |                                  |            |
| 16                                              |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                        |      |                                  |            |
| 17                                              |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                        |      |                                  |            |
| 18                                              |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                        |      |                                  |            |
| 19                                              |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                        |      |                                  |            |
| 20                                              | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%<br>40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                        |      |                                  |            |

*Dr. Jefferson R. Machado*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1905

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

o bloco para programação cirúrgica

| SINAIS VITAIS | PA     |  |  |  |
|---------------|--------|--|--|--|
| 6 H           | 110x62 |  |  |  |
| 12 H          |        |  |  |  |
| 18 H          |        |  |  |  |
| 24 H          |        |  |  |  |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.



102-3



**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

  
Hospital Geral de Roraima

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

|                  |                                                                                                      |      |      |            |         |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------------|---------|
| DATA DE ADMISSÃO |                                                                                                      | DIH  |      | DN         |         |
| PACIENTE         | LUCIVALDO DA CONCEIÇÃO                                                                               |      |      |            |         |
| DIAGNÓSTICO      | LUCINALDO                                                                                            |      |      |            |         |
| ALERGIAS         | HAS                                                                                                  | NEGA | DM2  | NEGA       |         |
| IDADE            | LEITO                                                                                                |      | DATA | 14/08/2018 |         |
| ITEM             | PRESCRIÇÃO                                                                                           |      |      |            | HORÁRIO |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE                                                                                     |      |      |            | 5x      |
| 2                | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                                                             |      |      |            | 5x      |
| 3                | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                                |      |      |            | 5x      |
| 4                | TILATIL 20MG EV 12/12H                                                                               |      |      |            | 5x      |
| 5                | DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN                                                                               |      |      |            | 5x      |
| 6                | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                         |      |      |            | 5x      |
| 7                | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                           |      |      |            | 5x      |
| 8                | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N                                                                          |      |      |            | 5x      |
| 9                | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                          |      |      |            | 5x      |
| 10               | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                    |      |      |            | 5x      |
| 12               | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG                                                    |      |      |            | 5x      |
| 14               | CURATIVO DIARIO OK 16:00                                                                             |      |      |            | 5x      |
| 15               |                                                                                                      |      |      |            |         |
| 16               |                                                                                                      |      |      |            |         |
| 17               |                                                                                                      |      |      |            |         |
| 18               | <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b>                                              |      |      |            |         |
| 19               | <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b>                                   |      |      |            |         |
| 20               | <b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |      |      |            |         |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA



Dr. Cristiano B. Lima  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1917/RR

| SINAIS VITAIS |        |    |      |
|---------------|--------|----|------|
| 6 H           | 110x70 | 62 | 36.1 |
| 12 H          |        |    |      |
| 18 H          |        |    |      |
| 24 H          | 110x70 | 50 | 36.5 |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

16:30h.  
PA 144x84 / T 35.4  
FC 68

16:30h.  
PA 122x84  
FC 48, T 35.4

16:00 Realizado  
Cristiano B. Lima  
Tec. Enfermagem  
Coren- RR 573.661

102-3

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                    |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
|  <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b><br><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>           |                                                     |  |                |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                |                                                     | DIH                                                                                | DN             |
| PACIENTE LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                                                                                    |                |
| AGNÓSTICO FX PATELA DIREITA                                                                                                                                                                                                                     |                                                     |                                                                                    |                |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                        | HAS                                                 | DM2                                                                                |                |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                           | LEITO                                               | DATA                                                                               | 15/08/2018     |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                            | PRESCRIÇÃO                                          |                                                                                    | HORÁRIO        |
| 1                                                                                                                                                                                                                                               | DIETA ORAL LIVRE                                    |                                                                                    | SND            |
| 2                                                                                                                                                                                                                                               | AVP PÉRVIO                                          |                                                                                    |                |
| 4                                                                                                                                                                                                                                               | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |                                                                                    | SUSPENSO       |
| 7                                                                                                                                                                                                                                               | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |                                                                                    | S/N            |
| 8                                                                                                                                                                                                                                               | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |                                                                                    | 12 18 24 06 12 |
| 9                                                                                                                                                                                                                                               | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |                                                                                    | 14 22 06       |
| 10                                                                                                                                                                                                                                              | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |                                                                                    | S/N            |
| 11                                                                                                                                                                                                                                              | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |                                                                                    | Ratuna         |
| 12                                                                                                                                                                                                                                              | CURATIVO DIÁRIO                                     |                                                                                    | Curativa       |
| 13                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                    |                |
| 14                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                    |                |
| 15                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                    |                |
| 16                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                    |                |
| 17                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                    |                |
| 18                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                    |                |
| 19                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                    |                |
| 20                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                    |                |
| <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b><br><b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b><br><b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b><br><b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |                                                     |                                                                                    |                |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,

ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,

ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| 6 H  | PA       | FC | FR   |
|------|----------|----|------|
| 12 H | 100 x 60 | 50 | 36,2 |
| 18 H | 140 x 91 | 73 | 36,1 |
| 24 H | 119 x 72 | 55 |      |

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Dr. Fernando Rezende

CRM-RR 2007

Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

As 12:00h paciente, consciente, orientado, verbalizando, Afecção SSVV, feito  
Troca de Acesso com Jélio nº 20, segue sem queixas das condições  
da Equipe de Enfermagem.  
Plantão noturno Afecção SSVV + Adminis-  
trado MEPH.

Rosilene Garcia P. Mendi  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 552.039-TE

Maria de Jesus Farias Lima  
Técnica de Enfermagem





**Acompanhamento das Feridas**  
**Comissão de Curativo - HGR**

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data de Atualização: Fevereiro 2013  
Atualizada: Janeiro / 2015  
**ENF/LEITO: 102.3**

|                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Quirino do Nando Brito</u>                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| DATA: <u>15/08/18</u>                                                              | Localização / Região <u>MJ D</u>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                 | DATA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 | <input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                                                                                                                                                                  |
| Etiologia                                                                          | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ |                                                                                 | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| Tamanho da Ferida:                                                                 | Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade _____ cm                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 | Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade _____ cm                                                                                                                                                                                                                                       |
| Aparência do Leito:                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                              |                                                                                 | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara                                                                                                                                         |
| Quantidade de Exsudato                                                             | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                           |                                                                                 | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                                      |
| Tipo de exsudato:                                                                  | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                       |                                                                                 | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                                  |
| Dor:                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                |
| Odor:                                                                              | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                |                                                                                 | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                           |
| Condição da pele Perilesional:                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____                                                                           |                                                                                 | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____                                                                                      |
| Solução para limpeza                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                            |                                                                                 | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                  |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão)                                       | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                  |                                                                                 | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                             |
| Hora do curativo:                                                                  | <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                 | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                            |
| Data da Próxima troca:                                                             | <u>Diário</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Em caso de + de 24hs                                                               | <u>Diário</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Cabe e ass. Tec. em Enfermagem                                                     | 01- <u>Sus. Simone</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 02- <u>Ana Carolina da Silva Gomes</u><br>Téc. de Enfermagem<br>CORZMRF 034.622 | 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.

1023

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                    |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|  <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>                                       |                                                     |  |            |
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |                                                                                    |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                |                                                     | DIH                                                                                | DN         |
| PACIENTE <b>LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                     |                                                                                    |            |
| AGNÓSTICO <b>FX PATELA DIREITA</b>                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                    |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                        | HAS                                                 | DM2                                                                                |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                           | LEITO                                               | DATA                                                                               | 16/08/2018 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                            | PRESCRIÇÃO                                          |                                                                                    | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                                               | DIETA ORAL LIVRE                                    |                                                                                    | Su         |
| 2                                                                                                                                                                                                                                               | AVP PÉRVIO                                          |                                                                                    | MANUTEN    |
| 4                                                                                                                                                                                                                                               | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |                                                                                    | SUSPENSO   |
| 7                                                                                                                                                                                                                                               | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |                                                                                    |            |
| 8                                                                                                                                                                                                                                               | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |                                                                                    |            |
| 9                                                                                                                                                                                                                                               | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |                                                                                    |            |
| 10                                                                                                                                                                                                                                              | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |                                                                                    |            |
| 11                                                                                                                                                                                                                                              | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |                                                                                    |            |
| 12                                                                                                                                                                                                                                              | CURATIVO DIÁRIO                                     |                                                                                    |            |
| 13                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                    |            |
| 14                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                    |            |
| 15                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                    |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                    |            |
| 17                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                    |            |
| 18                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                    |            |
| 19                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                    |            |
| 20                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                    |            |
| <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b><br><b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b><br><b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b><br><b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |                                                     |                                                                                    |            |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,

ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,

ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| 6 H  | PA     | FC | FR | Temp |
|------|--------|----|----|------|
| 12 H | 110x70 | 62 | 13 | 35,8 |
| 18 H | 106/61 | 50 |    | 36,2 |
| 24 H | 115/65 | 60 |    | 36,6 |

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

Taude - Paciente estável / sem queixas. At. m. c. p. m.  
+ 88v

061h PA 135/80

FC 76

TX 36:50

Fernando Gonçalves Barros  
Técnico de Enfermagem  
CRM-RR 635.057 TE

→  
vire



16/08/18 às 09:05 - BEG, consciente, orientado, deambulando, verbalizando ativo, aférril, eufórico, hidratado, normoalorado, aceitando dieta oferecida, funções fisiológicas presentes e normais, sono e repouso satisfatório, higienizado, não refere queixas. Segue em observações sob os cuidados gerais de enfermagem. Acd Emily-VERE

Liliana A. Bezerra  
ENFERMEIRA  
COREN-RR 97406

VBs: Às 12:00 do dia 16/08/18, administração de medicação de plantão matutino e Pm do dia e durante o plantão matutino mãe houve nenhuma intercorrência e que sob os cuidados da enfermagem. Leticia - 11

Leticia de Souza Araújo  
Enfermeira de Enfermagem  
COREN-RR 000 461 072

Obito por não no 2to parto mobilizar  
cpm e ss/ou segue sob cuidados de enfermeira  
ob e enfermeira

RECIBO DE ENTREGA  
08/08/2020 14:07:17



| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |              |      |                   |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------|------|-------------------|-----------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |              |      |                   |                 |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |              |      |                   |                 |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |              |      |                   |                 |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     | DIH          |      | DN                |                 |
| PACIENTE <b>LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                      |                                                     |              |      |                   |                 |
| AGNÓSTICO <b>FX PATELA DIREITA</b>                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |              |      |                   |                 |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                     | HAS          | DM2  |                   |                 |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                             | LEITO                                               | <b>102-3</b> | DATA | <b>17/08/2018</b> |                 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESCRIÇÃO                                          |              |      |                   | HORÁRIO         |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                    |              |      |                   | <b>SND</b>      |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                 | AVP PÉRVIO                                          |              |      |                   |                 |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                 | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |              |      |                   | <b>SUSPENSO</b> |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |              |      |                   | <b>SND</b>      |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |              |      |                   | <b>SND</b>      |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |              |      |                   | <b>SND</b>      |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |              |      |                   | <b>SND</b>      |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |              |      |                   | <b>Ratipna</b>  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                | CURATIVO DIÁRIO                                     |              |      |                   | <b>urólino</b>  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |              |      |                   |                 |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |              |      |                   |                 |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |              |      |                   |                 |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |              |      |                   |                 |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |              |      |                   |                 |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |              |      |                   |                 |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |              |      |                   |                 |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |              |      |                   |                 |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ;<br>351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>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:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| 6 H  | PA     | FC | FR | Temp.  |
|------|--------|----|----|--------|
| 12 H | 120x70 | 58 | 13 | 36,1   |
| 18 H | 110x60 | 58 |    | 36,3   |
| 24 H | 120x70 | 62 | -  | 36,5°C |

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

PA = 110x60  
FC = 60/min  
T = 36,4°C

18/08/18  
06:00

Antonio Jucos  
Técnico de Enfermagem  
COREN-RR: 302.007

Fire



| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |   |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |  |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                          |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                             |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                              |        | DIH                                                                                                                                                                                                                 |    | DN                                                                               |                                                                                     |            |
| PACIENTE LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO                                                         |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| AGNÓSTICO FX PATELA DIREITA                                                                   |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| ALERGIAS                                                                                      |        | HAS                                                                                                                                                                                                                 |    | DM2                                                                              |                                                                                     |            |
| IDADE                                                                                         |        | LEITO                                                                                                                                                                                                               |    | DATA                                                                             |                                                                                     | 18/08/2018 |
| ITEM                                                                                          |        | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                          |    |                                                                                  |                                                                                     | HORÁRIO    |
| 1                                                                                             |        | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                    |    |                                                                                  |                                                                                     | sup        |
| 2                                                                                             |        | AVP PÉRVIO                                                                                                                                                                                                          |    |                                                                                  |                                                                                     | u          |
| 4                                                                                             |        | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                                                                                                                                                                                         |    |                                                                                  |                                                                                     | SUSPENSO   |
| 7                                                                                             |        | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     | sw         |
| 8                                                                                             |        | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                                                                                                                                                                                       |    |                                                                                  |                                                                                     | sw         |
| 9                                                                                             |        | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H                                                                                                                                                                              |    |                                                                                  |                                                                                     | sw         |
| 10                                                                                            |        | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                                 |    |                                                                                  |                                                                                     | sw         |
| 11                                                                                            |        | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                                   |    |                                                                                  |                                                                                     | u          |
| 12                                                                                            |        | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     | u          |
| 13                                                                                            |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| 14                                                                                            |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| 15                                                                                            |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| 16                                                                                            |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| 17                                                                                            |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| 18                                                                                            |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| 19                                                                                            |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| 20                                                                                            |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
|                                                                                               |        | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                              |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,<br>ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE                          |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| # EXAME FÍSICO: BÉG, ACIANÓTICO,<br>ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO. |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| # SOLICITADO:                                                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| # CONDUTA: MANTIDA                                                                            |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:                                                                    |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| SINAIS VITAIS                                                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| # PREVISÃO DE ALTA - SEM PREVISÃO                                                             |        | FR                                                                                                                                                                                                                  |    |                                                                                  |                                                                                     |            |
| 6 H                                                                                           | PA     | FC                                                                                                                                                                                                                  | FR |                                                                                  |                                                                                     |            |
| 12 H                                                                                          | 107x70 | 53                                                                                                                                                                                                                  | -  | 35°C                                                                             |                                                                                     |            |
| 18 H                                                                                          | 103x63 | 60                                                                                                                                                                                                                  | -  | -                                                                                |                                                                                     |            |
| 24 H                                                                                          | 100x60 | 70                                                                                                                                                                                                                  | -  | -                                                                                |                                                                                     |            |
|                                                                                               |        |                                                                                                                                                                                                                     |    | Dr. Fernando Rezende<br>CRM-RR 2007<br>Residente de Ortopedia e<br>Traumatologia |                                                                                     |            |

06 110x60 52 - 36°C



**Acompanhamento das Feridas**  
**Comissão de Curativo - HGR**

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data de criação: Fevereiro 2013  
Atualizada: Janeiro / 2015  
**ENF/LEITO: 102 - 3**

|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Lucivaldo Costa dos Passos</u>                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| DATA: <u>18.08.18</u><br><input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região: <u>MND</u><br>                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                            | Localização / Região:<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Etiologia                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ |
| Tamanho da Ferida:                                                                                          | Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                                     |
| Aparência do Leito:                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                              |
| Quantidade de Exsudato                                                                                      | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                           |
| Tipo de exsudato:                                                                                           | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                                  |
| Dor:                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                     |
| Odor:                                                                                                       | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                |
| Condição da pele Perilesional:                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____                                                                           |
| Solução para limpeza                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                       |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão)                                                                | <input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                  |
| Hora do curativo:                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                 |
| Data da Próxima troca:<br>Em caso de + de 24hs                                                              | <u>Diário</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Cabe e ass. em Enfermagem                                                                                   | 01- <u>Isis Simone</u><br>02- <u>Ana Carolina da Silva Garcia</u><br>Téc. em Enfermagem<br>COREN/RR 934.622                                                                                                                                                                                              |
| 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.





| GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima                                                                                                                                                                                                                                           |  | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA<br>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA<br>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                 |  | HCR<br>Hospital Geral de Roraima |  | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|--------------------------------------------------------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | DIH                                                                                                                                                                                                                 |  | DN                               |  |                                                        |          |
| PACIENTE LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |                                  |  |                                                        |          |
| AGNÓSTICO FX PATELA DIREITA                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |                                  |  |                                                        |          |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | HAS                                                                                                                                                                                                                 |  | DM2                              |  |                                                        |          |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | LEITO                                                                                                                                                                                                               |  | 102-3                            |  | DATA 19/08/2018                                        |          |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                          |  |                                  |  |                                                        | HORÁRIO  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                    |  |                                  |  |                                                        | S.N.D    |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | AVP, PÉRVIO                                                                                                                                                                                                         |  |                                  |  |                                                        | manter   |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                                                                                                                                                                                         |  |                                  |  |                                                        | SUSPENSO |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                     |  |                                  |  |                                                        | S.N      |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                                                                                                                                                                                       |  |                                  |  |                                                        | 24 26    |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H                                                                                                                                                                              |  |                                  |  |                                                        | S.N      |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                                 |  |                                  |  |                                                        | Atenção  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                                   |  |                                  |  |                                                        | Roraima  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                                     |  |                                  |  |                                                        | Roraima  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |                                  |  |                                                        |          |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |                                  |  |                                                        |          |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |                                  |  |                                                        |          |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |                                  |  |                                                        |          |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |                                  |  |                                                        |          |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |                                  |  |                                                        |          |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |                                  |  |                                                        |          |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |                                  |  |                                                        |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |  |                                  |  |                                                        |          |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |                                  |  |                                                        |          |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,<br>ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br># EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO,<br>ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.<br><br># SOLICITADO :<br># CONDUTA : MANTIDA<br><br># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :<br># PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |                                  |  |                                                        |          |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | PA                                                                                                                                                                                                                  |  | FC                               |  | FR                                                     |          |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | PA                                                                                                                                                                                                                  |  | FC                               |  | FR                                                     |          |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 120/80                                                                                                                                                                                                              |  | 79                               |  | 36.1°C                                                 |          |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 110/70                                                                                                                                                                                                              |  | 92                               |  | 36°C                                                   |          |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 108/68                                                                                                                                                                                                              |  | 54                               |  | 36.3°C                                                 |          |
| 06h                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 112x53                                                                                                                                                                                                              |  | 53                               |  | 35.4°C                                                 |          |

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



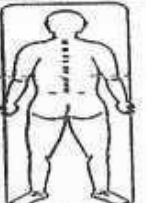
### Acompanhamento das Feridas

### Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 | Versão:00 | Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 102-3.

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Bucinaldo Costa</u>                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Localização / Região: <u>M.D.</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                         |
| DATA: <u>19.08</u>                             | <input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                          | DATA: _____<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                  |
| Etiologia                                      | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV<br><input type="checkbox"/> Venosa<br><input type="checkbox"/> Arterial<br><input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> neuropática<br><input type="checkbox"/> cirúrgica<br><input checked="" type="checkbox"/> Trauma<br><input type="checkbox"/> outra: _____ | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV<br><input type="checkbox"/> Venosa<br><input type="checkbox"/> Arterial<br><input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> neuropática<br><input type="checkbox"/> cirúrgica<br><input type="checkbox"/> Trauma<br><input type="checkbox"/> outra: _____ |   |
| Tamanho da Ferida:                             | Comprimento: _____ cm<br>Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                                                                  | Comprimento: _____ cm<br>Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                         |
| Aparência do Leito:                            | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                         |
| Quantidade de Exsudato                         | <input type="checkbox"/> seco, mínimo<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado<br><input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> seco, mínimo<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado<br><input type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                         |
| Tipo de exsudato:                              | <input checked="" type="checkbox"/> Seroso<br><input type="checkbox"/> Purulento<br><input type="checkbox"/> Fibrinoso<br><input type="checkbox"/> Serossanguíneo<br><input type="checkbox"/> Sanguinolento                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Seroso<br><input type="checkbox"/> Purulento<br><input type="checkbox"/> Fibrinoso<br><input type="checkbox"/> Serossanguíneo<br><input type="checkbox"/> Sanguinolento                                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
| Do:                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                         |
| Odor:                                          | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto<br><input checked="" type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto<br><input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                                       |                                                                                                                                                                         |
| Condição da pele Perilesional:                 | <input checked="" type="checkbox"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Macerada<br><input type="checkbox"/> seca<br><input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido<br><input type="checkbox"/> Outras: _____                                                                                            | <input type="checkbox"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Macerada<br><input type="checkbox"/> seca<br><input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido<br><input type="checkbox"/> Outras: _____                                                                                            |                                                                                                                                                                         |
| Solução para limpeza                           | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão)   | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze<br><input type="checkbox"/> Fibrinase<br><input type="checkbox"/> AGE<br><input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                      | <input type="checkbox"/> Gaze<br><input type="checkbox"/> Fibrinase<br><input type="checkbox"/> AGE<br><input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                      |                                                                                                                                                                         |
| Hora do curativo:                              | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã<br><input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Manhã<br><input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
| Data da Próxima troca:<br>Em caso de + de 24hs | <u>Diário</u><br>Técnica em Enfermagem<br>COREN-RR 000829.004                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                         |
| Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem              | 01- <u>Joana Darc Paiva Loureiro</u><br>COREN-RR 487.031 - TE                                                                                                                                                                                                                                                                         | 02- <u>Renata Silva Rodrigues</u><br>Adv. de Enfermagem<br>COREN-RR 415.275                                                                                                                                                                                                                                                | 01- _____<br>02- _____                                                                                                                                                  |
| Carimbo e Assinatura de 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.



102-3

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                  |                                                     | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA |      | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------|------|--------------------------------------|-------------|
| GOVERNO DE RORAIMA                                                                                                                                                                                         |                                                     | HGR                            |      | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |             |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                          |                                                     |                                |      |                                      |             |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           | DIH                                                 | DN                             |      |                                      |             |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                   | LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO                        |                                |      |                                      |             |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                  | FX PATELA DIREITA                                   |                                |      |                                      |             |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   | HAS                                                 | DM2                            |      |                                      |             |
| IDADE                                                                                                                                                                                                      | LEITO                                               | 102-3                          | DATA | 20/08/2018                           |             |
| ITEM                                                                                                                                                                                                       | PRESCRIÇÃO                                          |                                |      |                                      | HORÁRIO     |
| 1                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                    |                                |      |                                      | SND         |
| 2                                                                                                                                                                                                          | AVP PÉRVIO                                          |                                |      |                                      | MAN TER     |
| 4                                                                                                                                                                                                          | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |                                |      |                                      | SUSPENSO    |
| 7                                                                                                                                                                                                          | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |                                |      |                                      | SND         |
| 8                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |                                |      |                                      | 12:18 20/08 |
| 9                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |                                |      |                                      | 16:24 08    |
| 10                                                                                                                                                                                                         | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |                                |      |                                      | SND         |
| 11                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |                                |      |                                      | SSVV        |
| 12                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                     |                                |      |                                      |             |
| 13                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |      |                                      |             |
| 14                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |      |                                      |             |
| 15                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |      |                                      |             |
| 16                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |      |                                      |             |
| 17                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |      |                                      |             |
| 18                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |      |                                      |             |
| 19                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |      |                                      |             |
| 20                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |      |                                      |             |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                     |                                |      |                                      |             |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                           |                                                     |                                |      |                                      |             |

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

| 6 H  | PA     | FC | FR   |
|------|--------|----|------|
| 12 H | 14x8   | 51 | -    |
| 18 H | 140x80 | 60 | 36   |
| 24 H | 130x70 | 52 | 36,3 |

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

11:25 Paciente no leito, MCPM, hipnótico SSVV, sem intercorrências  
 06hs: Paciente medicado cpm, aderindo ao SSVV.

Francisco Brito Mello  
 CORE-RR 428317 - AE

RETORNO ( / / )

Nome: Luinaldo Costa da Conceição (102-3)

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ANESTÉSICO**

O presente termo tem o dever ético de comprovar as informações prestadas ao paciente e ou responsável pelo médico anestesiológista dos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao(s) qual(is) será submetido.

**DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE:**

Autorizo o(a) Dr(a) \_\_\_\_\_ ou outro anestesiológista por ele indicado a realizar o procedimento anestésico ou outros que considere necessário frente a situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, inclusive transfusão de sangue. A proposta do procedimento anestésico a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos inerentes, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente. Tive oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente e de receber esclarecimentos necessários a minha compreensão dos aspectos ligados ao ato anestésico ao qual serei submetido. Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e hábitos nas informações que forneci e que foram transcritas para a ficha de avaliação pré-anestésica. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, que o anestesiológista exerce atividade de meio, mas, que o mesmo obriga-se a prestar seus serviços com zelo e diligência, utilizando todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, em busca dos melhores objetivos possíveis. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi dada a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse. A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.

**RISCOS ADICIONAIS ESPECÍFICOS DO PACIENTE:**

**PACIENTE/RESPONSÁVEL:**

NOME: Luinaldo Costa da Conceição

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

DOC DE IDENTIDADE: 33249341

ASSINATURA: Luinaldo Costa da Conceição

**DEVE SER PREENCHIDO PELO ANESTESIOLOGISTA:**

Expliquei o procedimento anestésico ao paciente acima identificado e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

MÉDICO(A) ANESTESIOLOGISTA: Dr. Bruno Thieffs

CRM: 1025

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

Fortaleza, 20/08/18

Bom Visto



### PRÉ-ANESTÉSICO

bloco A

Nome Lucinaldo Costa da Conceição End. 102-3 Serv. ortopedica  
Sexo MASC Cor 27 Peso Alt Classe 2008.18 Data 18.05  
Diagn. Pré-OP Fratura Patela Patol. Assoc. Ø  
Cir. Proposta osteossíntese Patela  
Anest. Ant. Ø  
Alergia Ø  
Alcool Socialmente Fumo 6 cip/dia  
DROGAS: (Corticóide, fenotiazíco, hipotensor, narcótico, hipnótico, diglicético, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfá, quimioterápico, IMAO, outros)  
Estado Mental LORE Siga MP II  
Polição Boa mobilidade Voz Normal  
RX Ø  
Fases Ø  
Hemograma TAP 14,1" / TP 67,3" / RNC 1,22  
Outros Ø  
Perceção Clínica Ø  
PA Ø Pulso Ø Temperatura Ø  
Sangue Tipo: Leuc 12.369 Hb 44,6 Ht 15,1  
Hm Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø  
r. Coag. Pg 216.000 Urea 29  
Creat. 0,93 Glt 106 Na Ø mEq/l  
Cl Ø mEq/l Ø mEq/l Ø Ø  
pCO2 Ø Ø Ø Ø Ø Ø  
URINAC: Ø Ø Ø Ø Ø Ø  
Sérum Ø  
Ap. gen. Ur. NDN  
AP. Resp. NDN  
AP. Circ. NDN  
AP. Dig. NDN  
S. Osteo - Art. Fratura distal  
S. Nerv. NDN  
S. Endoc. NDN  
Est. Fis (ASA) 2 AN. Proposta Ø  
NB Ø  
Assinatura Bruno Thiago D. C. Pinto  
MEDICO CRM-BR 1025

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA



102-3

|  <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b><br><b>GOVERNO DE RORAIMA</b><br><b>Hospital Geral de Roraima</b> |                                                                                                  |  |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                     |               |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                  | DIH                                                                                 | DN            |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                               | Jouanaldo - Costa da Lencina                                                                     |                                                                                     |               |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                            | fx. Patela                                                                                       |                                                                                     |               |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                               | HAS                                                                                              | DM2                                                                                 |               |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                  | 27                                                                                               | LEITO                                                                               | DATA 21/08/18 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                   | PRESCRIÇÃO                                                                                       | HORÁRIO                                                                             |               |
| 1                                                                                                                                                                                                                                      | DIETA ORAL LIVRE                                                                                 | S/N                                                                                 |               |
| 2                                                                                                                                                                                                                                      | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                                                         | MAIOR                                                                               |               |
| 3                                                                                                                                                                                                                                      | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                            | S/N                                                                                 |               |
| 4                                                                                                                                                                                                                                      | TILATIL 20MG EV 12/12H                                                                           | 18.00                                                                               |               |
| 5                                                                                                                                                                                                                                      | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                                                           | 18.00                                                                               |               |
| 6                                                                                                                                                                                                                                      | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                     | 2                                                                                   |               |
| 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)                                                      | S/N                                                                                 |               |
| 10                                                                                                                                                                                                                                     | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                | RSTUA                                                                               |               |
| 12                                                                                                                                                                                                                                     | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG                                                | S/N                                                                                 |               |
| 14                                                                                                                                                                                                                                     | CURATIVO DIARIO                                                                                  | CURATIVO                                                                            |               |
| 15                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                     |               |
| 16                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                     |               |
| 17                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                     |               |
| 18                                                                                                                                                                                                                                     | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),                                                 |                                                                                     |               |
| 19                                                                                                                                                                                                                                     | CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;                                      |                                                                                     |               |
| 20                                                                                                                                                                                                                                     | 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%<br>40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                                     |               |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                  |                                                                                     |               |

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 18817/RN

| SINAIS VITAIS | 12          | PC | TR   |
|---------------|-------------|----|------|
| 6 H           | 104/80      | 81 | 36°C |
| 12 H          | 104/80      | 81 | 36°C |
| 18 H          | 104x36 - 80 | 81 | 36°C |
| 24 H          | 100/60      | 81 | 36°C |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

12:00 21/08/18 - pel. Rotacionado e s. os 12:30 e administrado 05 e 08  
e cuidados de enfermagem.

Maria de Fátima R. Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 437581 TE

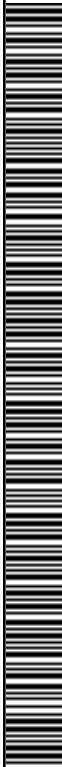
NO





102-3

|  <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b><br><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                             |                                                     |       |  |      |  |  |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|--|------|--|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     | DIH   |  | DN   |  |                                                                                    |           |
| PACIENTE <b>LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                      |                                                     |       |  |      |  |                                                                                    |           |
| AGNÓSTICO <b>FX PATELA DIREITA</b>                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |  |      |  |                                                                                    |           |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                     | HAS   |  | DM2  |  |                                                                                    |           |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                     | LEITO |  | DATA |  | 20/08/2018                                                                         |           |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESCRIÇÃO                                          |       |  |      |  |                                                                                    | HORÁRIO   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                    |       |  |      |  |                                                                                    | SA        |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                 | AVP PÉRVIO                                          |       |  |      |  |                                                                                    | MANTIDA   |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |       |  |      |  |                                                                                    | SUSPENSO  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |       |  |      |  |                                                                                    | SA        |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |       |  |      |  |                                                                                    | 1218 2406 |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |       |  |      |  |                                                                                    | 08 46 24  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |       |  |      |  |                                                                                    | SUSP.     |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |       |  |      |  |                                                                                    | MANTIDA   |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                | CURATIVO DIÁRIO                                     |       |  |      |  |                                                                                    | CURATIVO  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |  |      |  |                                                                                    |           |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |  |      |  |                                                                                    |           |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |  |      |  |                                                                                    |           |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |  |      |  |                                                                                    |           |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |  |      |  |                                                                                    |           |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |  |      |  |                                                                                    |           |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |  |      |  |                                                                                    |           |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |  |      |  |                                                                                    |           |
| <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b><br><b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b><br><b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b><br><b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>                                   |                                                     |       |  |      |  |                                                                                    |           |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |       |  |      |  |                                                                                    |           |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,<br>ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br>#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,<br>ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.<br><br>#SOLICITADO:<br>#CONDUTA: MANTIDA<br><br>#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:<br>#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO |                                                     |       |  |      |  |                                                                                    |           |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     | PA    |  | FC   |  | FR                                                                                 |           |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                     |       |  |      |  |                                                                                    |           |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |       |  |      |  |                                                                                    |           |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |       |  |      |  |                                                                                    |           |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |       |  |      |  |                                                                                    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |       |  |      |  | Dr. Fernando Rezende<br>CRM-RR 2007<br>Residente de Ortopedia e<br>Traumatologia   |           |





**Acompanhamento das Feridas**  
**Comissão de Curativo - HGR**

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Atualização: Fevereiro 2013  
Atualizada: Janeiro / 2015  
**ENF/LEITO: 102-3**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Lucinaldo Costa Conceição</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| DATA: <u>21/08/18</u><br><input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                                                                                                                                            | Localização / Região: <u>M.I.D.</u><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Etiologia:<br><input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                                                                                                                                                                       |
| Tamanho da Ferida:<br>Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                             | Localização / Região:<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Aparência do Leito:<br><input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                       | Etiologia:<br><input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ |
| Quantidade de Exsudato:<br><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                              | Tamanho da Ferida:<br>Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                             |
| Tipo de exsudato:<br><input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                | Aparência do Leito:<br><input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                                  |
| Dor:<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                           | Tipo de exsudato:<br><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                           |
| Odor:<br><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                     | Dor:<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Condição da pele Perilesional:<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____                                                       | Odor:<br><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                                |
| Solução para limpeza:<br><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 3%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                 | Condição da pele Perilesional:<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____                                                                  |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão):<br><input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____                    | Solução para limpeza:<br><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                       |
| Hora do curativo:<br><input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                          | Cobertura primária (Contato direto na lesão):<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____                                          |
| Data da Próxima troca:<br>Em caso de + de 24hs: <u>Diário</u>                                                                                                                                                                                                                                                          | Hora do curativo:<br><input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                     |
| Carimbo e ass. em Enfermagem:<br>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:                                                                                                                                                                                                                                                   | Data da Próxima troca:<br>Em caso de + de 24hs: <u>Diário</u>                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 01- <u>Jucileide Gomes de Lima</u><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-RR 369.803                                                                                                                                                                                                                                       | 02- <u>Vanessa da Silva Moraes</u><br>Técnica de Enfermagem<br>COREN-RR 965.452 TE                                                                                                                                                                                                                                     |
| 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.



**SAM - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**CENTRO CIRÚRGICO/SRPA**

NOME: Bueniralde Costa da Conceição

[illegible]

1023

| GOVERNO DE RORAIMA                                                                                                                                                                                          |        | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                           |    | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                |  | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|----------|
| GOVERNO DE RORAIMA                                                                                                                                                                                          |        | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                           |    | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                |  | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |          |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                           |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                            |        | DIH                                                 |    | DN                                                                            |  |                                      |          |
| PACIENTE LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO                                                                                                                                                                       |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| AGNÓSTICO FX PATELA DIREITA                                                                                                                                                                                 |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                    |        | HAS                                                 |    | DM2                                                                           |  |                                      |          |
| IDADE                                                                                                                                                                                                       |        | LEITO                                               |    | DATA                                                                          |  | 23/08/2018                           |          |
| ITEM                                                                                                                                                                                                        |        | PRESCRIÇÃO                                          |    |                                                                               |  |                                      | HORÁRIO  |
| 1                                                                                                                                                                                                           |        | DIETA ORAL LIVRE                                    |    |                                                                               |  |                                      | 23/08/18 |
| 2                                                                                                                                                                                                           |        | AVP PÉRVIO                                          |    |                                                                               |  |                                      | 11:00    |
| 4                                                                                                                                                                                                           |        | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |    |                                                                               |  |                                      | SUSPENSO |
| 7                                                                                                                                                                                                           |        | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |    |                                                                               |  |                                      | 23/08/18 |
| 8                                                                                                                                                                                                           |        | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |    |                                                                               |  |                                      | 23/08/18 |
| 9                                                                                                                                                                                                           |        | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |    |                                                                               |  |                                      | 23/08/18 |
| 10                                                                                                                                                                                                          |        | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |    |                                                                               |  |                                      | 23/08/18 |
| 11                                                                                                                                                                                                          |        | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |    |                                                                               |  |                                      | 23/08/18 |
| 12                                                                                                                                                                                                          |        | CURATIVO DIÁRIO                                     |    |                                                                               |  |                                      | 23/08/18 |
| 13                                                                                                                                                                                                          |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| 14                                                                                                                                                                                                          |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| 15                                                                                                                                                                                                          |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| 16                                                                                                                                                                                                          |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| 17                                                                                                                                                                                                          |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| 18                                                                                                                                                                                                          |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| 19                                                                                                                                                                                                          |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| 20                                                                                                                                                                                                          |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV. + AVISAR PLANTONISTA |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                            |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE                                                                                                                                           |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| # EXAME FÍSICO: BÉG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.                                                                                                                     |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| # SOLICITADO:                                                                                                                                                                                               |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| # CONDUTA: MANTIDA                                                                                                                                                                                          |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:                                                                                                                                                                                  |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                               |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| # PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                             |        |                                                     |    |                                                                               |  |                                      |          |
| 6 H                                                                                                                                                                                                         | PA     | FC                                                  | FR | 8                                                                             |  |                                      |          |
| 12 H                                                                                                                                                                                                        | 110x70 | 83                                                  |    | 36,5                                                                          |  |                                      |          |
| 18 H                                                                                                                                                                                                        | 110x70 | 54                                                  |    | 36,5                                                                          |  |                                      |          |
| 24 H                                                                                                                                                                                                        | 110x66 | 52                                                  |    | 36,5                                                                          |  |                                      |          |
|                                                                                                                                                                                                             |        |                                                     |    | Dr. Fernando Rezende<br>CRM-RR 2007<br>Residente de Ortopedia e Traumatologia |  |                                      |          |

12/15 - 6 pct. no leito, sem queixas algicas, medicado com  
OG 6 no 11/10/70 8-48 fev 36,5

Isidete Santos da Silva  
Técnico em Enfermagem  
COREN-RR 903885 11.



28/08/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Prontuario 2



**Acompanhamento das Feridas**  
**Comissão de Curativo - HGR**

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data de Atualização: Fevereiro 2013  
Atualizada: Janeiro / 2015  
**ENF/LEITO: J02-3**

|                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: <b>LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO</b>                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| DATA: <b>22/08/18</b>                                                              | Localização / Região <b>MID</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         | DATA:                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         | <input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                                                                                                                                                            |
| Etiologia                                                                          | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: |                                                                         | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: |
| Tamanho da Ferida:                                                                 | Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                               |                                                                         | Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                               |
| Aparência do Leito:                                                                | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                                   |                                                                         | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara                                                                                                                                   |
| Quantidade de Exsudato                                                             | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                                |                                                                         | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                                |
| Tipo de exsudato:                                                                  | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                 |                                                                         | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                            |
| Dor:                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                               |                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                          |
| Odor:                                                                              | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor                                                                                          |                                                                         | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                     |
| Condição da pele Perifoneal:                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras                                                                            |                                                                         | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras                                                                                       |
| Solução para limpeza                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                            |                                                                         | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                  |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão)                                       | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:                                                                  |                                                                         | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:                                                                             |
| Hora do curativo:                                                                  | <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                           |                                                                         | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                      |
| Data da Próxima troca:<br>Em caso de + de 24hs                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Carimbo e ass. T. em Enfermagem                                                    | 01- <b>Mônica Reis Neryas</b><br>Técnica em Enfermagem<br>COREN-PA 29.004                                                                                                                                                                                                                          | 02- <b>Brayana Pereira</b><br>Técnica em Enfermagem<br>COREN-PA 848.855 | 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.

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |       |       |      |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|-------|------|-----------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |       |       |      |                 |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |       |       |      |                 |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |       |       |      |                 |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     | DIH   |       | DN   |                 |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                          | LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO                        |       |       |      |                 |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                         | FX PATELA DIREITA                                   |       |       |      |                 |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                     | HAS   |       | DM2  |                 |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                     | LEITO | 102-3 | DATA | 23/08/2018      |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESCRIÇÃO                                          |       |       |      | HORÁRIO         |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                    |       |       |      | SND             |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                 | AVP PÉRVIO                                          |       |       |      | manter          |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                 | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |       |       |      | SUSPENSO        |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |       |       |      | SN              |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |       |       |      | 18h 24h 06h 12h |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |       |       |      | 16h 24h 08h     |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |       |       |      | SN 24h          |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |       |       |      | rotina          |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                | CURATIVO DIÁRIO                                     |       |       |      | curativo        |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |       |      |                 |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |       |      |                 |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |       |      |                 |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |       |      |                 |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |       |      |                 |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |       |      |                 |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |       |      |                 |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |       |      |                 |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ;<br>351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>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:

#CONDUTA: MANTIDA

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

| SINAIS VITAIS | SEM PREVISÃO | FR |
|---------------|--------------|----|
| 6 H           | PA           | FC |
| 12 H          | 100x50       | 48 |
| 18 H          | 120/68       | 50 |
| 24 H          | 129/73       | 52 |

Dr. Fernando Rezende  
 CRM-RF 2007  
 Residente de Ortopedia e  
 Traumatologia

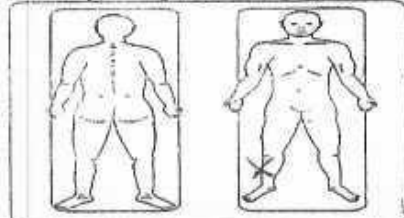
06:00 item 09 não realizado medicações  
 por falta de equipe, part. aceitando  
 medicações cpm SSVV feito sem queixas  
 segue aos cuidados da Enf. te patete

Dr. Valen Ferreira  
 10.000.7E



28/08/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Prontuario 2

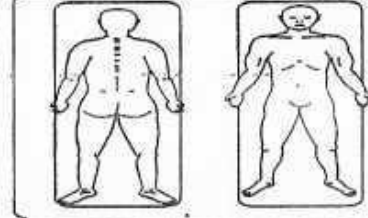
|                                                                                  |                            |                            |            |                |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------|----------------|
|  | Acompanhamento das Feridas | Protocolo nº 1             | Versão: 00 | Fevereiro 2013 |
|                                                                                  | Comissão de Curativo - HGR | Atualizada: Janeiro / 2015 |            |                |
|                                                                                  | ENF/LEITO: 102-3           |                            |            |                |

Nome: **LUCINALDO COSTA**DATA: **23/08/18**☒ GRAU - I☐ GRAU - IILocalização / Região **MID**

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 necróticoQuan. de Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundanteTipo de exsudato: ☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ SerossanguíneoDor: ☐ Sim ☒ NãoOdor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odorCondição 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 ☒ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: \_\_\_\_\_Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ TardeData da Próxima troca: \_\_\_\_\_  
Em caso de + de 24hsCarimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- **Jucileide Gomes de Lima**  
Assist. de Enfermagem  
COREN-RR 389.80302- **Bráulio S. Pereira**  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 818.353

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.

102-3



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



|                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                  | DIH                                                 | DN                |
| PACIENTE <b>LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                      |                                                     |                   |
| AGNÓSTICO <b>FX PATELA DIREITA</b>                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |                   |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                          | HAS                                                 | DM2               |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                             | LEITO                                               | DATA              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>102-3</b>                                        | <b>24/08/2018</b> |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESCRIÇÃO                                          | HORÁRIO           |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                    |                   |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                 | AVP PÉRVIO                                          |                   |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                 | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |                   |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |                   |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |                   |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |                   |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |                   |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |                   |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                | CURATIVO DIÁRIO                                     |                   |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |                   |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |                   |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |                   |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |                   |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |                   |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |                   |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |                   |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |                   |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ;<br>351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>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:

# CONDUTA: MANTIDA

## # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

| SINAIS VITAIS | SEM PREVISÃO | FR | 36°C   |
|---------------|--------------|----|--------|
| 6 H 120x77    | 54           | 19 | 36°C   |
| 12 H 114x77   | 54           | 19 | 36°C   |
| 18 H 110x60   | 63           |    | 36,5°C |
| 24 H 120x60   | 65           |    | 36,2°C |

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

12h - Paciente estável, após SSVV e adm. merm.  
 Item q não adm. não tinha equívoco.

Rosivane A. Del:  
 Téc. em Enfermagem  
 COREN-RR 663560

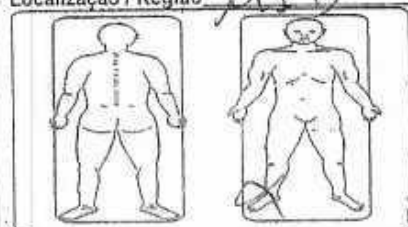




**Acompanhamento das Feridas**  
**Comissão de Curativo - HGR**

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Fevereiro 2013  
Atualizada: Janeiro / 2015  
**ENF/LEITO:**

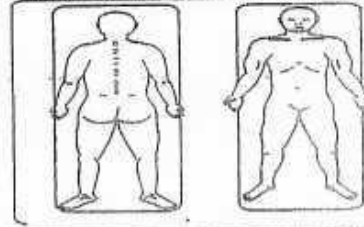
102-3

Nome: Lucimilda Costa da ConceiçãoDATA: 24/08/18Localização / Região 115 D☒ GRAU - I☐ GRAU - II

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

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

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor  
☐ Prurido ☐ Outras: \_\_\_\_\_

Perilesional:

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: \_\_\_\_\_

Via do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

☐ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca:  
Em caso de + de 24hsManhãCarimbo e ass.  
Téc. em Enfermagem01- Rosineide02- VanessaCarimbo e Assinatura  
do Enfermeiro

OBS:

OBS:



| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |       |      |            |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|------|------------|-------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |       |      |            |                   |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |       |      |            |                   |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |       |      |            |                   |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                  | DIH                                                 |       | DN   |            |                   |
| PACIENTE <b>LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                      |                                                     |       |      |            |                   |
| AGNOSTIC <b>FX PATELA DIREITA</b>                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |       |      |            |                   |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                          | HAS                                                 |       | DM2  |            |                   |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                             | LEITO                                               | 102-3 | DATA | 25/08/2018 |                   |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESCRIÇÃO                                          |       |      |            | HORÁRIO           |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                    |       |      |            | S.N.D             |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                 | AVP PÉRVIO                                          |       |      |            | manter            |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                 | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |       |      |            | SUSPENSO          |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |       |      |            |                   |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |       |      |            | 1x 18 24 30 36 08 |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |       |      |            | 10 24 30 36 08    |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |       |      |            | Atenção           |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |       |      |            | rotina            |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                | CURATIVO DIÁRIO                                     |       |      |            | A.O curativo      |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |      |            |                   |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |      |            |                   |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |      |            |                   |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |      |            |                   |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |      |            |                   |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |      |            |                   |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |      |            |                   |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |       |      |            |                   |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ;<br>351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                     |       |      |            |                   |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |       |      |            |                   |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,<br>ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br>#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,<br>ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.<br>#SOLICITADO:<br>#CONDUTA: MANTIDA                                                         |                                                     |       |      |            |                   |
| #PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:<br>SINAIS VITAIS<br>#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                                     |                                                     |       |      |            |                   |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                               | PA                                                  | FC    | FR   |            |                   |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                              | 108x62                                              | 33    | -    | 36,21      |                   |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                              | 110x70                                              | 35    | -    | 36,38      |                   |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                              | 121x78                                              | 66    | -    | 36,26      |                   |
| 6h                                                                                                                                                                                                                                                                | 114x66                                              | 48    | -    |            |                   |
| Dr. Fernando Rezende<br>CRM-RR 2007<br>Residente de Ortopedia e<br>Traumatologia                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |            |                   |

noite - paciente estável  
 fd.m. c.p.m. + ssvvs

Maria Marlene C. Almeida  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COREN/RR 1121

as 15:00 hrs, marcado acesso venoso, gelco nº 30.  
 18hrs: Paciente medicado c.p.m., recusou o item  
 (9), aferido os ssvvs

Renivalda Silva Ribeiro  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN/RR 156-TEC





## Acompanhamento das Feridas

Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 06

Fevereiro 2013

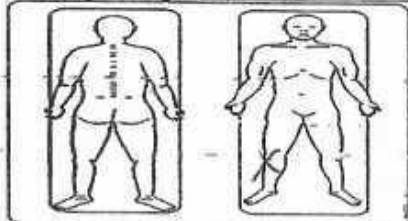
Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 102-3

Nome: LUCINALDO COSTA

DATA: 25/08/18

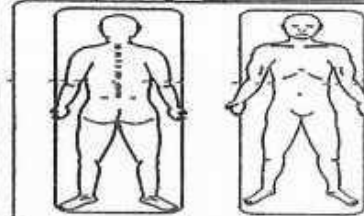
Localização / Região: MID



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  
Periférica:
☒ 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 24hsCarimbo e ass.  
Téc. em Enfermagem

01-

DIÁRIA

Leandro Dantas Loureiro

COORDENADOR DE ENFERMAGEM

CRÉDITO 457.051-11

Penelope Vitoria Rodrigues

COORDENADORA DE ENFERMAGEM

CRÉDITO 415.275

Renato S. Pereira

COORDENADOR DE ENFERMAGEM

CRÉDITO 818.352

01-

02-

Carimbo e Assinatura  
Enfermeiro

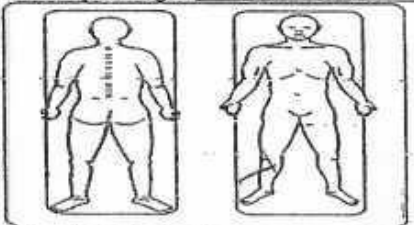
Ass:

OBS:

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                           |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|------|------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                      |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                   |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    | DIH                                                 |       | DN   |            |                                                                                  |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                            | LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO                        |       |      |            |                                                                                  |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                           | FX PATELA DIREITA                                   |       |      |            |                                                                                  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            | HAS                                                 |       | DM2  |            |                                                                                  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               | LEITO                                               | 102-3 | DATA | 26/08/2018 |                                                                                  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                | PRESCRIÇÃO                                          |       |      |            | HORÁRIO                                                                          |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                    |       |      |            | SAR                                                                              |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | AVP PÉRVIO                                          |       |      |            | USIN 700                                                                         |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |       |      |            | SUSPENSO                                                                         |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |       |      |            |                                                                                  |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |       |      |            |                                                                                  |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |       |      |            |                                                                                  |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |       |      |            |                                                                                  |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |       |      |            | POTIND                                                                           |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                     |       |      |            | M                                                                                |
| 13                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| 14                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| 15                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| 16                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| 17                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| 18                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| 19                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| 20                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                    |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,<br>ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE                                                                                                                                               |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,<br>ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.                                                                                                                       |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| # SOLICITADO:                                                                                                                                                                                                       |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| # CONDUTA: MANTIDA                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA                                                                                                                                                                                           |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                       |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| # PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                                     |                                                     |       |      |            |                                                                                  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                 | PA                                                  | FC    | FR   | Tax        | Dr. Fernando Rezende<br>CRM-RR/2007<br>Residente de Ortopedia e<br>Traumatologia |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                | 140x85                                              | 56    | 20   | 35,8°C     |                                                                                  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                | 125x80                                              | 62    | 18   | —          |                                                                                  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                | 114/62                                              | 52    | —    | 38,4       |                                                                                  |
| 06h                                                                                                                                                                                                                 | 129/61                                              | 56    | —    | —          |                                                                                  |



|                                                                                  |                            |  |                            |            |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|----------------------------|------------|---------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas |  | Protocolo nº 1             | Versão: 06 | Data de Atualização |
|                                                                                  | Comissão de Curativo - HGR |  | Atualizada: Janeiro / 2015 |            |                     |
|                                                                                  | ENF/LEITO: 102-3           |  |                            |            |                     |

|                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nome: <u>Lucinaldo Costa da Conceição</u>                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| DATA: <u>26/08/18</u>                                                              |  | Localização / Região: <u>M.I.D.</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                   | DATA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II |  |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                   | <input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Etiologia                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ |  |
| Tamanho da Ferida:                                                                 |  | Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade _____ cm                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                   | Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade _____ cm                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Aparência do Leito:                                                                |  | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                                         |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara                                                                                                                                         |  |
| Qualidade de Exsudato:                                                             |  | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                                      |                                                                                   | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                                      |  |
| Tipo de exsudato:                                                                  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                                  |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                                  |  |
| Dor:                                                                               |  | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Odor:                                                                              |  | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                           |                                                                                   | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                           |  |
| Condição da pele Perilesional:                                                     |  | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____                                                                                       |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____                                                                                       |  |
| Solução para limpeza                                                               |  | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                       |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                  |  |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão)                                       |  | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                             |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                             |  |
| Hora do curativo:                                                                  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| Data da Próxima troca:<br>Em caso de + de 24hs                                     |  | <u>Diário</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| Código e ass. Téc. em Enfermagem                                                   |  | 01- <u>Jucileide Gomes de Lima</u><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-RR 389.803                                                                                                                                                                                                                                    | 02- <u>Ana Carolina da Silva Garcia</u><br>Téc. em Enfermagem<br>COREN-RR 389.822 | 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.

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                   |  | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                      |  | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |  | PRESCRIÇÃO MÉDICA |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|-------------------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                            |  | DIH                                                 |  | DN                                   |  |                   |          |
| PACIENTE LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                     |  |                                      |  |                   |          |
| AGNÓSTICO FX PATELA DIREITA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                     |  |                                      |  |                   |          |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                    |  | HAS                                                 |  | DM2                                  |  |                   |          |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                       |  | LEITO                                               |  | 102-3                                |  | DATA 27/08/2018   |          |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                        |  | PRESCRIÇÃO                                          |  |                                      |  |                   | HORÁRIO  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                           |  | DIETA ORAL LIVRE                                    |  |                                      |  |                   | 5h       |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                           |  | AVP PÉRVIO                                          |  |                                      |  |                   | 11h      |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                           |  | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |  |                                      |  |                   | SUSPENSO |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                           |  | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |  |                                      |  |                   |          |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                           |  | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |  |                                      |  |                   |          |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                           |  | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |  |                                      |  |                   |          |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                          |  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |  |                                      |  |                   |          |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                          |  | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |  |                                      |  |                   |          |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                          |  | CURATIVO DIÁRIO                                     |  |                                      |  |                   |          |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                     |  |                                      |  |                   |          |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                     |  |                                      |  |                   |          |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                     |  |                                      |  |                   |          |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                     |  |                                      |  |                   |          |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                     |  |                                      |  |                   |          |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                     |  |                                      |  |                   |          |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                     |  |                                      |  |                   |          |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                     |  |                                      |  |                   |          |
| <p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b>; 251-300: <b>4UI</b>; 301-350: <b>6UI</b>; 351-400: <b>8UI</b>; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> |  |                                                     |  |                                      |  |                   |          |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                     |  |                                      |  |                   |          |
| <p>#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE → medicação de horário não é<br/> #EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, por falta de material (be<br/> ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, verificado SSVV<br/> NORMOCORADO, HIDRATADO.</p>       |  |                                                     |  |                                      |  |                   |          |
| <p>#SOLICITADO:</p> <p>#CONDUTA: MANTIDA</p>                                                                                                                                                                                                                |  |                                                     |  |                                      |  |                   |          |
| <p>#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA</p> <p>SINAIS VITAIS</p> <p>#PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO</p>                                                                                                                                                                  |  |                                                     |  |                                      |  |                   |          |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 130x75                                              |  | 45                                   |  |                   |          |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 130x75                                              |  | 60                                   |  | 36,2              |          |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 130x80                                              |  | 30                                   |  | 36,6              |          |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 130x70                                              |  | 45                                   |  |                   |          |
| <p>Dr. Fernando Rezende<br/> CRM/RR 2007<br/> Residente de Ortopedia e Traumatologia</p>                                                                                                                                                                    |  |                                                     |  |                                      |  |                   |          |

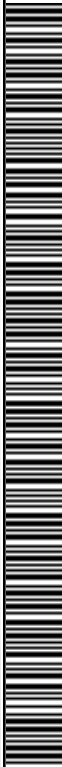
As 12:00h, Paciente Consciente, Orientado, verbalizando, não administrado o item 8 por falta de seringa na instituição, Afeto SSUV, segue com Gubias  
Rosilene Garcia V. Mendes

Aos cuidados da equipe de enfermagem  
 Administradora de Enfermagem  
 em (9) 1111 1111  
 SNU

Maria Kennedy de Souza  
 Téc. em Enfermagem  
 COREN-RR 948476-TE

Horário CTR, exato  
 dado pela farmácia e verificado

Rosilene Garcia Mendes  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-RR 552.039-TE





102-3

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                  |                                                     | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA |  | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                             |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|----------|
| GOVERNO DE RORAIMA                                                                                                                                                                                         |                                                     | HGR                            |  | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                        |          |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                          |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           |                                                     | DIH                            |  | DN                                                                               |          |
| PACIENTE LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO                                                                                                                                                                      |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| AGNÓSTICO FX PATELA DIREITA                                                                                                                                                                                |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   |                                                     | HAS                            |  | DM2                                                                              |          |
| IDADE                                                                                                                                                                                                      |                                                     | LEITO                          |  | DATA                                                                             |          |
|                                                                                                                                                                                                            |                                                     | 102-3                          |  | 27/08/2018                                                                       |          |
| ITEM                                                                                                                                                                                                       | PRESCRIÇÃO                                          |                                |  |                                                                                  | HORÁRIO  |
| 1                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                    |                                |  |                                                                                  | SM       |
| 2                                                                                                                                                                                                          | AVP PÉRVIO                                          |                                |  |                                                                                  | MANEJO   |
| 4                                                                                                                                                                                                          | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |                                |  |                                                                                  | SUSPENSO |
| 7                                                                                                                                                                                                          | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |                                |  |                                                                                  | SM       |
| 8                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |                                |  |                                                                                  | SM       |
| 9                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |                                |  |                                                                                  | SM       |
| 10                                                                                                                                                                                                         | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |                                |  |                                                                                  | SM       |
| 11                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |                                |  |                                                                                  | SM       |
| 12                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                     |                                |  |                                                                                  | SM       |
| 13                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| 14                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| 15                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| 16                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| 17                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| 18                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| 19                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| 20                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                           |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE → medicação de hospício não administrada                                                                                                 |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, por falta de uma teral (bexiga e equip                                                                                                                                    |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, verificado SSVV                                                                                                                                                             |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| NORMOCORADO, HIDRATADO.                                                                                                                                                                                    |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| # SOLICITADO:                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| # CONDUTA: MANTIDA                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA                                                                                                                                                                                  |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                           |                                                     |                                |  |                                                                                  |          |
| 6 H                                                                                                                                                                                                        | 130x70                                              | 45                             |  |                                                                                  |          |
| 12 H                                                                                                                                                                                                       | 130x75                                              | 60                             |  | 36,2                                                                             |          |
| 18 H                                                                                                                                                                                                       | 110x80                                              | 50                             |  | 36,6                                                                             |          |
| 24 H                                                                                                                                                                                                       | 100x70                                              | 45                             |  |                                                                                  |          |
|                                                                                                                                                                                                            |                                                     |                                |  | Dr. Fernando Rezende<br>CRM-RR 2007<br>Residente de Ortopedia e<br>Traumatologia |          |

As 12:00h Paciente Consciente, Orientado, verbalizando, não administrado o dia  
 8 por falta de seringa na instituição, Aféido SSVV, segue com glicose  
 nos cuidados da equipe de enfermagem  
 Administrado. Mirna Kemia da Luz  
 Téc. em Enfermagem  
 COREN-RR 948476-TE



**Acompanhamento das Feridas**  
**Comissão de Curativo - HGR**

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 102-3

Nome: Luciane Costa da Conceição

| DATA: <u>27/08/18</u>                                                              | Localização / Região <u>MFD</u>                                                                                                                                                                                                                                                                    | DATA:                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Localização / Região                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Etiologia                                                                          | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: |
| Tamanho da Ferida:                                                                 | Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                               | Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                               | Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                               |
| Aparência do Leito:                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                                   |
| Quantidade de Exsudato                                                             | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                                |
| Tipo de exsudato:                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                            |
| Doi:                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                          |
| Odor:                                                                              | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor                                                                                          | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                     | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                     |
| Condição da pele Perilesional:                                                     | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:                                                                           | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:                                                                                      | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:                                                                                      |
| Solução para limpeza                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                  |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão)                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:                                                                  | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:                                                                             | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:                                                                             |
| Hora do curativo:                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                      |
| Data da Próxima troca:<br>Em caso de + de 24hs                                     | <u>Quarta</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem                                                  | 01- <u>Rosineide P. Nunes</u><br>Téc. em Enfermagem<br>COREN-RR 7746                                                                                                                                                                                                                               | 02- <u>Vanessa da Silva Morais</u><br>Téc. em Enfermagem<br>COREN-RR 965.127-11                                                                                                                                                                                                                    | 01-<br>02-                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Carimbo e Assinatura de 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.



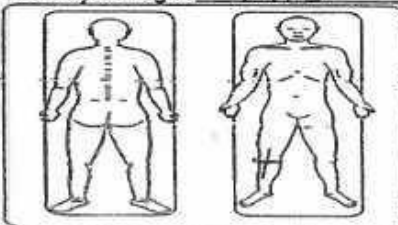
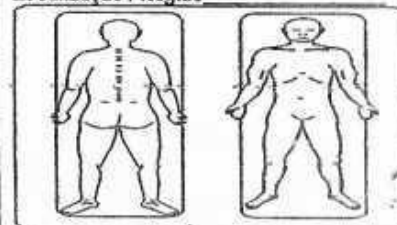
102-3

|  <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b><br><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                               |                                                     |              |    |                   |                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------|----|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     | DIH          |    | DN                |                                                                                  |
| PACIENTE <b>LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |              |    |                   |                                                                                  |
| AGNÓSTICO <b>FX PATELA DIREITA</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |              |    |                   |                                                                                  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                     | HAS          |    | DM2               |                                                                                  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                     | LEITO        |    | DATA              |                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     | <b>102-3</b> |    | <b>28/08/2018</b> |                                                                                  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                | PRESCRIÇÃO                                          |              |    |                   | HORÁRIO                                                                          |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                    |              |    |                   | <b>SND</b>                                                                       |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                   | AVP PÉRVIO                                          |              |    |                   | <i>Manter</i>                                                                    |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |              |    |                   | <b>SUSPENSO</b>                                                                  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                   | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |              |    |                   | <i>S/N</i>                                                                       |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |              |    |                   | <i>12 (18) 24</i>                                                                |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |              |    |                   | <i>8 16 24</i>                                                                   |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |              |    |                   | <i>S/N</i>                                                                       |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |              |    |                   | <i>Rotina</i>                                                                    |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                     |              |    |                   | <i>Realizar</i>                                                                  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |              |    |                   |                                                                                  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |              |    |                   |                                                                                  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |              |    |                   |                                                                                  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |              |    |                   |                                                                                  |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |              |    |                   |                                                                                  |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |              |    |                   |                                                                                  |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |              |    |                   |                                                                                  |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |              |    |                   |                                                                                  |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ;<br>351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                   |                                                     |              |    |                   |                                                                                  |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |              |    |                   |                                                                                  |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,<br>ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,<br>ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.<br><br># SOLICITADO:<br># CONDUTA: MANTIDA<br><br># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:<br># SINAIS VITAIS: SEM PREVISÃO |                                                     |              |    |                   |                                                                                  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 120x80                                              | 50           | FR | 36°C              | Dr. Fernando Rezende<br>CRM-RR 2007<br>Residente de Ortopedia e<br>Traumatologia |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                | 140x90                                              | 51           |    | 35,6°C            |                                                                                  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |              |    |                   |                                                                                  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                | 130x60                                              | 60           | 20 | 36°C              |                                                                                  |

Tarde - Paciente estável / sem queixas  
 Ad. m. e p. m. + S/N

Marlon Tavares Dantas  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COREN/RR 020 184 087

|                                                                                  |                            |                            |            |              |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------|--------------|
|  | Acompanhamento das Feridas | Protocolo nº 1             | Versão: 00 | Febrero 2013 |
|                                                                                  | Comissão de Curativo - HGR | Atualizada: Janeiro / 2015 |            |              |
|                                                                                  | ENF/LEITO: 102-3           |                            |            |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Lucimoldo Costa da Conceição</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                              |
| DATA: <u>28.08.18</u><br><input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                                                                                                                                                 | Localização / Região: <u>MID</u><br> | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                                                                                                                                                                 | Localização / Região:<br> |
| Etiologia:<br><input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: |                                                                                                                       | Etiologia:<br><input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: |                                                                                                              |
| Tamanho da Ferida:<br>Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                       | Tamanho da Ferida:<br>Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |
| Aparência do Leito:<br><input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                          |                                                                                                                       | Aparência do Leito:<br><input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara                                                                                                                          |                                                                                                              |
| Qt. dade de Exsudato:<br><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                     |                                                                                                                       | Qt. dade de Exsudato:<br><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                     |                                                                                                              |
| Tipo de exsudato:<br><input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                     |                                                                                                                       | Tipo de exsudato:<br><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                     |                                                                                                              |
| Dor:<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                       | Dor:<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                              |
| Odor:<br><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                          |                                                                                                                       | Odor:<br><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                          |                                                                                                              |
| Condição da pele Perifereira:<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras                                                                    |                                                                                                                       | Condição da pele Perifereira:<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras                                                                    |                                                                                                              |
| Solução para limpeza:<br><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                            |                                                                                                                       | Solução para limpeza:<br><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                       |                                                                                                              |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão):<br><input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:                               |                                                                                                                       | Cobertura primária (Contato direto na lesão):<br><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:                                          |                                                                                                              |
| Hora do curativo:<br><input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                       | Hora do curativo:<br><input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                              |
| Data da Próxima troca:<br>Em caso de + de 24hs: <u>diário</u>                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                              |
| Imagem e ass. em Enfermagem:<br>01- <u>Maria de Natália N. Viana</u><br>Ass. de Enfermagem<br>COREN-RR 419/109                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       | 01- <u>Bernice Santa Carlos</u><br>Ass. de Enfermagem<br>COREN-RR 387.172                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                              |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                              |
| OBS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                       | OBS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                              |





102-3

| GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima                                                                                                                                                            |                                                     | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA<br>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA<br>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |    | HGR<br>Hospital Geral de Roraima                                              |          | ORÇAMENTO E TERMO DE RESPONSABILIDADE<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------|--|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                          |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           |                                                     | DIH                                                                                                 |    | DN                                                                            |          |                                                                    |  |
| PACIENTE LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO                                                                                                                                                                      |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| AGNÓSTICO FX PATELA DIREITA                                                                                                                                                                                |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   |                                                     | HAS                                                                                                 |    | DM2                                                                           |          |                                                                    |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                      |                                                     | LEITO                                                                                               |    | DATA                                                                          |          | 29/08/2018                                                         |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                       |                                                     | PRESCRIÇÃO                                                                                          |    |                                                                               |          | HORÁRIO                                                            |  |
| 1                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                    |                                                                                                     |    |                                                                               | HORÁRIO  |                                                                    |  |
| 2                                                                                                                                                                                                          | AVP PÉRVIO                                          |                                                                                                     |    |                                                                               | SND      |                                                                    |  |
| 4                                                                                                                                                                                                          | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |                                                                                                     |    |                                                                               | Manter   |                                                                    |  |
| 7                                                                                                                                                                                                          | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |                                                                                                     |    |                                                                               | SUSPENSO |                                                                    |  |
| 8                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |                                                                                                     |    |                                                                               | S/N      |                                                                    |  |
| 9                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |                                                                                                     |    |                                                                               | S/N      |                                                                    |  |
| 10                                                                                                                                                                                                         | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |                                                                                                     |    |                                                                               | S/N      |                                                                    |  |
| 11                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |                                                                                                     |    |                                                                               | Rotina   |                                                                    |  |
| 12                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                     |                                                                                                     |    |                                                                               | CURATIVO |                                                                    |  |
| 13                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| 14                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| 15                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| 16                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| 17                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| 18                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| 19                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| 20                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                           |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE                                                                                                                                          |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO; HIDRATADO.                                                                                                                    |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| # SOLICITADO:                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| # CONDUTA: MANTIDA                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:                                                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| # PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                            |                                                     |                                                                                                     |    |                                                                               |          |                                                                    |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                        | PA                                                  | FC                                                                                                  | FR |                                                                               |          |                                                                    |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                       | 136 x 77                                            | 70                                                                                                  |    | 36 °C                                                                         |          |                                                                    |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                       | 110 x 70                                            | 71                                                                                                  |    | 35,8                                                                          |          |                                                                    |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                       | 120 x 70                                            | 80                                                                                                  |    | 36,3                                                                          |          |                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                            |                                                     |                                                                                                     |    | Dr. Fernando Rezende<br>CRM-RR 2007<br>Residente de Ortopedia e Traumatologia |          |                                                                    |  |

As 12:00h Paciente consciente, orientado, verbalizando, Aceitando bem a dieta, não Adm. o Item 8 por falta de seringa na instituição, Afecção SSUV, segue sem queixas nos cuidados da equipe de enfermagem.

06:00 Paciente freeze 2.º de Dor e fadiga

Rosilene Garcia P. Mendes  
Técnica de Enfermagem  
COREN/RR 552.039-TE

Saraia Pimenta Cavalcanti  
Técnica de Enfermagem  
COREN/RR 302.194-TE

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                  |                                                     | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA |  | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |  | PRESCRIÇÃO MÉDICA |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------------|--|-------------------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           |                                                     | DIH                            |  | DN                                   |  |                   |          |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                   |                                                     | LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO   |  |                                      |  |                   |          |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                  |                                                     | FX PATELA DIREITA              |  |                                      |  |                   |          |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                                |  |                                      |  |                   |          |
| IDADE                                                                                                                                                                                                      |                                                     | HAS                            |  | DM2                                  |  |                   |          |
| ITEM                                                                                                                                                                                                       |                                                     | LEITO                          |  | DATA                                 |  | 30/08/2018        |          |
|                                                                                                                                                                                                            |                                                     | PRESCRIÇÃO                     |  |                                      |  |                   |          |
| 1                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                    |                                |  |                                      |  |                   | HORÁRIO  |
| 2                                                                                                                                                                                                          | AVP PÉRVIO                                          |                                |  |                                      |  |                   | SNB      |
| 4                                                                                                                                                                                                          | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |                                |  |                                      |  |                   | manter   |
| 7                                                                                                                                                                                                          | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |                                |  |                                      |  |                   | SUSPENSO |
| 8                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |                                |  |                                      |  |                   | SN       |
| 9                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |                                |  |                                      |  |                   | 12 18    |
| 10                                                                                                                                                                                                         | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |                                |  |                                      |  |                   | 14 20    |
| 11                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |                                |  |                                      |  |                   | SD       |
| 12                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                     |                                |  |                                      |  |                   | noti na  |
| 13                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                |  |                                      |  |                   | curativo |
| 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:                                                                                                                                                                                           |                                                     |                                |  |                                      |  |                   |          |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO                                                                                                                                                                        |                                                     |                                |  |                                      |  |                   |          |

### EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,  
ATIVO REATIVO. CONTATO

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

# SOLICITADO :

# CONDOTA: MANTIDA

OG Ins  
 $PA = 120 \times 80$   
 $P = 50$   
 $T = 36$

| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA         |        |    |    |       |
|-----------------------------------|--------|----|----|-------|
| # PREVISÃO DE ALTA - SEM PREVISÃO |        |    |    |       |
| 6 H                               | PA     | FC | FR |       |
| 12 H                              | 120/80 | 60 | -  | 35.80 |
| 18 H                              | 110/70 | 70 | -  | 36.0  |
| 24 H                              | 97/68  | 56 |    | 36.40 |

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

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

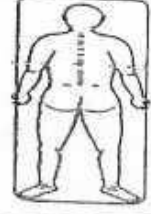
Pagamento no lote, negociado com o proprietário, sendo ele quem  
circundando em guelcos etc mantendo.

Assessoria de Planejamento  
Auditoria de Entregas  
CORREIA 4130/11





|                                                                                  |                            |  |                |            |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|----------------|------------|----------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas |  | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Atualizada: Janeiro / 2015 |
|                                                                                  | Comissão de Curativo - HGR |  | Fevereiro 2013 |            |                            |
|                                                                                  | ENF/LEITO: 102 - 3         |  |                |            |                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Mucinaldo C. da Conceição</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                     |
| DATA: <u>30/08/19</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Localização / Região: <u>MSD</u>                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                                                                                                                                                                       |   |
| Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                    |
| Tamanho da Ferida: Comprimento: <u>      </u> cm Largura: <u>      </u> cm<br>Profundidade: <u>      </u> cm                                                                                                                                                                                                             | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                    |
| Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                          | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                    |
| Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                   | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                    |
| Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                     | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                    |
| Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                    |
| Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                          | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                    |
| Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:                                                                  | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                    |
| Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                            | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                    |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:                               | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                    |
| Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                               | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                    |
| D. Já Próxima troca:<br>Em caso de + de 24hs: <u>Diário</u>                                                                                                                                                                                                                                                              | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                    |
| Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem:<br>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:                                                                                                                                                                                                                                                | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                    |
| OBS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                    |

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.

102-3

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                           |                                                     |       |    | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|----|--------------------------------|----------|
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                |                                                     |       |    | PRESCRIÇÃO MÉDICA              |          |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    |                                                     | DIH   |    | DN                             |          |
| PACIENTE LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO                                                                                                                                                                               |                                                     |       |    |                                |          |
| AGNÓSTICO FX PATELA DIREITA                                                                                                                                                                                         |                                                     |       |    |                                |          |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            |                                                     | HAS   |    | DM2                            |          |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               |                                                     | LEITO |    | DATA                           |          |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                |                                                     | 102-3 |    | 31/08/2018                     |          |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                          |                                                     |       |    |                                |          |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                    |       |    |                                | HORÁRIO  |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | AVP PÉRVIO                                          |       |    |                                |          |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |       |    |                                |          |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |       |    |                                | SUSPENSO |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |       |    |                                |          |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |       |    |                                |          |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |       |    |                                |          |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |       |    |                                |          |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                     |       |    |                                |          |
| 13                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |    |                                |          |
| 14                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |    |                                |          |
| 15                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |    |                                |          |
| 16                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |    |                                |          |
| 17                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |    |                                |          |
| 18                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |    |                                |          |
| 19                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |    |                                |          |
| 20                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |    |                                |          |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                     |       |    |                                |          |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                    |                                                     |       |    |                                |          |
| # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,<br>ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE                                                                                                                                               |                                                     |       |    |                                |          |
| # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,<br>ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.                                                                                                                       |                                                     |       |    |                                |          |
| # SOLICITADO:                                                                                                                                                                                                       |                                                     |       |    |                                |          |
| # CONDUTA: MANTIDA                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |    |                                |          |
| 6h - PA = 121/76<br>P. 49                                                                                                                                                                                           |                                                     |       |    |                                |          |
| PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA                                                                                                                                                                                             |                                                     |       |    |                                |          |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                       |                                                     |       |    |                                |          |
| # PREVISÃO DE ALTA - SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                                   |                                                     |       |    |                                |          |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                 | PA                                                  | FC    | FR |                                |          |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                | 122/80                                              | 56    |    |                                |          |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                | 100/70                                              | 50    | 20 |                                |          |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                | 100/63                                              | 53    | 20 |                                |          |
| Dr. Fernando Rezende<br>CRM-RR 2007<br>Residente de Ortopedia e<br>Traumatologia                                                                                                                                    |                                                     |       |    |                                |          |

0:00 31/08/2018 - pct no leito, verificado SSVV, San. Deixas, Orientado e Segue aos  
unidades da Enfermagem.

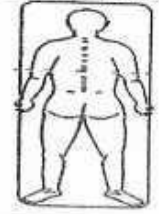
8:00 hts paciente no  
leito 20 e SSVV PRR todos / realizado medicações  
prescritas. Juul 500042.

Maria de Fátima R. Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 437581 TE



28/08/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Prontuario 3

|                                                                                  |                            |  |                |            |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|----------------|------------|----------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas |  | Protocolo nº 1 | Versão: 00 | Atualizada: Janeiro / 2015 |
|                                                                                  | Comissão de Curativo - HGR |  | Fevereiro 2013 |            |                            |
|                                                                                  | ENF/LEITO: 102/3           |  |                |            |                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Lucivaldo Costa da Conceição</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
| DATA: <u>31.08.18</u><br><input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Localização / Região: <u>M.D.</u><br>  |
| Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____<br>Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm<br>Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico<br>Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante<br>Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo<br>Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não<br>Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input checked="" type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor<br>Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____<br>Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____<br>Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____<br>Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde<br>Data da Próxima troca: <u>diário</u><br>Em caso de + de 24hs: _____<br>Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: 01- <u>Maria de Fátima N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 442.769 02- <u>Cesar Soares Costa</u> Técnico em Enfermagem COREN-RR 409.290<br>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____<br>OBS: _____<br>OBS: _____ | DATA: _____<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                                                   |

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CORTEJADO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2013

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capão João Dantas 414, Rio de Janeiro, RJObs: 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.



| GOVERNO DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA    |      | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA |  | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|------|--------------------------------|--|--------------------------------------|--|-----|----|----|----|--|------|--------|--|--|--|------|--------|----|--|-------|------|--------|----|----|-------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                     | PRESCRIÇÃO MÉDICA            |      | DIH                            |  | DN                                   |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     | LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     | FX PATELA DIREITA            |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | HAS                                                 | DM2                          |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | LEITO                                               | 102-3                        | DATA | 01/09/2018                     |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DIETA ORAL LIVRE                                    |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | AVP PÉRVIO                                          |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CURATIVO DIÁRIO                                     |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| <p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br/>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br/>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br/>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| <p><b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b></p> <p># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, TIVO, REATIVO, CONTACTUANTE</p> <p># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.</p> <p># SOLICITADO:</p> <p># CONDUTA: MANTIDA</p>                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| <p># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA</p> <p># PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>130/70</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>125/70</td> <td>60</td> <td></td> <td>36,3°</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>120/70</td> <td>62</td> <td>19</td> <td>36,6°</td> </tr> </tbody> </table> <p>120x70 70 19. 36,6°</p> |                                                     |                              |      |                                |  |                                      |  | 6 H | PA | FC | FR |  | 12 H | 130/70 |  |  |  | 18 H | 125/70 | 60 |  | 36,3° | 24 H | 120/70 | 62 | 19 | 36,6° |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PA                                                  | FC                           | FR   |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 130/70                                              |                              |      |                                |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 125/70                                              | 60                           |      | 36,3°                          |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 120/70                                              | 62                           | 19   | 36,6°                          |  |                                      |  |     |    |    |    |  |      |        |  |  |  |      |        |    |  |       |      |        |    |    |       |

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

Paciente em repouso orientado  
Sem queixa. Estável

Assinado digitalmente por  
Enfermagem  
CAREN 703.932







Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 | Versão: 06

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 102-3

Nome:

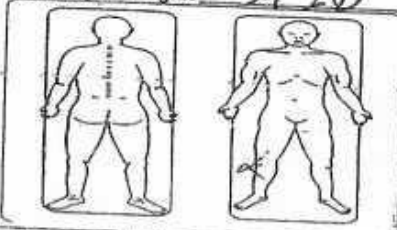
Lucinaldo Costa da Conceição

DATA: 01.09.

☒ GRAU - I☐ GRAU - II

Localização / Região

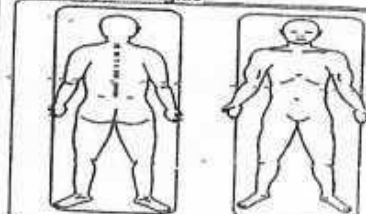
MTO



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 estacelo  
☐ 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☒ TardeData da Próxima troca:  
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.

Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

01-

Mônica Reis Dantas

Técnico em Enfermagem

COREN-RR 000829.004

02-

Rafaela Silva Rodrigues

Aux. de Enfermagem

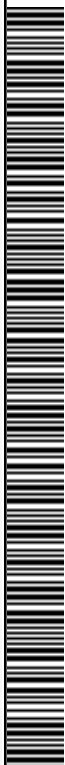
COREN-RR 415.275

01-

02-

OBS:

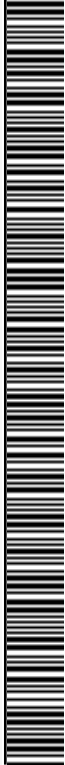
OBS:





| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                           |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|------|----------------------------------------------------------------------------------|---------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                      |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                   |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    |                                                     | DIH   |      | DN                                                                               |         |
| PACIENTE LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO                                                                                                                                                                               |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| AGNÓSTICO FX PATELA DIREITA                                                                                                                                                                                         |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               | HAS                                                 | DM2   |      |                                                                                  |         |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                | LEITO                                               | 102-3 | DATA | 02/09/2018                                                                       |         |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                          |                                                     |       |      |                                                                                  | HORÁRIO |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                    |       |      |                                                                                  |         |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | AVP PÉRVIO                                          |       |      |                                                                                  |         |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |       |      |                                                                                  |         |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |       |      |                                                                                  |         |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |       |      |                                                                                  |         |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |       |      |                                                                                  |         |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |       |      |                                                                                  |         |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |       |      |                                                                                  |         |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                     |       |      |                                                                                  |         |
| 13                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| 14                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| 15                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| 16                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| 17                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| 18                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| 19                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| 20                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                    |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,<br>ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE                                                                                                                                                |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,<br>ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.                                                                                                                       |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| # SOLICITADO:                                                                                                                                                                                                       |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| # CONDUTA: MANTIDA                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA                                                                                                                                                                                           |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                                    |                                                     |       |      |                                                                                  |         |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                 | PA                                                  | FC    | FR   |                                                                                  |         |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                | 120/80                                              | 60    | -    |                                                                                  |         |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                | 125/69                                              | 72    | -    |                                                                                  |         |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                | 120/70                                              | 70    | -    |                                                                                  |         |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                     |       |      | Dr. Fernando Rezende<br>CRM-RR 2007<br>Residente de Ortopedia e<br>Traumatologia |         |

Plantão diurno. Adm. medicamentos cpm. Tro-  
cado AVP. Aferido SSVV. Segue ao enfermeiro  
da enfermagem. Soraja Carvalho  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 89069 - TE  
06:00 - Queixa de dor  
na região da coxa  
e do joelho.







# Acompanhamento das Feridas

## Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 00

Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

Nome:

Lucinaldo Costa da Conceição 102-3

DATA: 02/09/18

Localização / Região

☒ GRAU - I☐ GRAU - II

Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☒ Arterial ☐ Diabética  
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☒ Outra: lesão

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

Cor 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 4%  
☐ 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- Vanessa da Silva Moraes  
 Técnica em Enfermagem  
 COREN RR 965.1

 02- Rosângela P. Naves  
 Técnica em Enfermagem  
 COREN-RR 778.677

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

01-

02-

OBS:

OBS:





**Acompanhamento das Feridas**  
**Comissão de Curativo - HGR**

Protocolo nº 1

Versão: 00

Data de Atualização:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 102/3

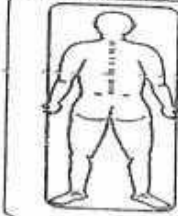
Nome: Lucinaldo Costa da Conceição

DATA: 03.09.18

☒ GRAU - I☐ GRAU - II

Localização / Região

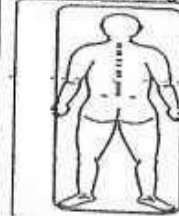
MID



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

Q: Idade 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

Periférica:

☒ 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

diário

C: Cbo e ass.

Téc. em Enfermagem

 Maria de Fátima N. Viana  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COREN-RR 149.709

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

 Cesar Soares Costa  
 Técnico em Enfermagem  
 COREN-RR 599.290

01-

02-

OBS:

OBS:



|                                                                                            |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Sistema Único de Saúde</b>                                                              |                            | <b>Ministério da Saúde</b> |                                                                            | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b> |  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>                                           |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE                                           |                            |                            |                                                                            | 2 - CNES                                                              |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE                                            |                            |                            |                                                                            | 4 - CNES                                                              |  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>                                                           |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                       |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                         |                            |                            |                                                                            | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                                  |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL                                                         |                            |                            |                                                                            | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                                |  |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                            |                            |                            |                                                                            | 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE                               |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                               |                            |                            |                                                                            | 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO                                              |  |
|                                                                                            |                            |                            |                                                                            | 15 - UF                                                               |  |
|                                                                                            |                            |                            |                                                                            | 16 - CEP                                                              |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                 |                            |                            | JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO                                                |                                                                       |  |
|                                                                                            |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                 |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |
|                                                                                            |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)        |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |
|                                                                                            |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO                                                              |                            |                            | 21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |                                                                       |  |
|                                                                                            |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                  |                            |                            | PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                    |                                                                       |  |
|                                                                                            |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |
| 25 - 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 AUTORIZAÇÃO                                                   |                                                                       |  |
|                                                                                            |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                     |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |
|                                                                                            |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>                      |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO                                                                  |                            | 36 - CNPJ DA SEGURADORA    |                                                                            |                                                                       |  |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO                                                           |                            | 39 - CNPJ EMPRESA          |                                                                            |                                                                       |  |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO                                                           |                            | 40 - CNAE DA EMPRESA       |                                                                            |                                                                       |  |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                             |                            | 41 - CBO                   |                                                                            |                                                                       |  |
| ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |
| 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)                     |                                                                       |  |
|                                                                                            |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |
|                                                                                            |                            |                            | 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                            |                                                                       |  |
|                                                                                            |                            |                            |                                                                            |                                                                       |  |





102-3

| GOVERNO DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                   |                                                     | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA |    | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA |  | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |  | PRESCRIÇÃO MÉDICA |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------|----|--------------------------------|--|--------------------------------------|--|-------------------|---------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                     |                                                     | DIH                       |    | DN                             |  |                                      |  |                   |         |
| PACIENTE LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO                                                                                                                                                                                                |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| AGNÓSTICO FX PATELA DIREITA                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                |                                                     | HAS                       |    | DM2                            |  |                                      |  |                   |         |
|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                     | LEITO                     |    | 102-3                          |  | DATA                                 |  | 03/09/2018        |         |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   | HORÁRIO |
| 1                                                                                                                                                                                                                                    | DIETA ORAL LIVRE                                    |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 2                                                                                                                                                                                                                                    | AVP PÉRVIO                                          |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 4                                                                                                                                                                                                                                    | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 7                                                                                                                                                                                                                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 8                                                                                                                                                                                                                                    | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 9                                                                                                                                                                                                                                    | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 10                                                                                                                                                                                                                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 11                                                                                                                                                                                                                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 12                                                                                                                                                                                                                                   | CURATIVO DIÁRIO                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 13                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 14                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 15                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 16                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 17                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 18                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 19                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 20                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| <p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br/>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br/>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br/>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                                     |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| <p># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,<br/>ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br/># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,<br/>ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br/>NORMOCORADO, HIDRATADO.</p>                                                    |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| # SOLICITADO:                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| # CONDUTA: MANTIDA                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| # PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                                                      |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                  | PA                                                  | FC                        | FR | 10X                            |  |                                      |  |                   |         |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                 | 110X70                                              | 51                        |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                 | 108X70                                              | 42                        |    | 26,7°C                         |  |                                      |  |                   |         |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                 | 107X64                                              | 56                        |    | 26,3                           |  |                                      |  |                   |         |
| 06                                                                                                                                                                                                                                   | 122/62                                              | 49                        |    |                                |  |                                      |  |                   |         |
| <p>Dr. Fernando Rezende<br/>CRM-RR 2007<br/>Residente de Ortopedia e<br/>Traumatologia</p>                                                                                                                                           |                                                     |                           |    |                                |  |                                      |  |                   |         |







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETEM OPERATÓRIO

BOLETEM OPERATÓRIO

5/9/18

Lucivaldo  
Costa Conceição

Data: 4.9.18

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fract. patela ①

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

ortocirurgia

TIPO DE INTERVENÇÃO:

crucio

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

CIRURGIÃO:

Dr. Reginaldo L. P. Dias

Dr. Reginaldo L. P. Dias  
Ortopedista Traumatologista  
CRM 1206 RR ORE-114

2º AUXILIAR:

1º AUXILIAR:

Dr. Dailson Feitosa

Dr. Dailson Feitosa  
Ortopedista Traumatologista  
CRM RR 1176

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESISTAS:

Dr. Luis

ANESTESIA:

Reginal

INÍCIO:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

- ① Pat em 054 do Plano Anterior
- ② Anestesia / Intubação
- ③ Incisão longitudinal de aprox. 10cm, deslize, ligam. pco patela e ligamento patelar, fixação q os condados pco-15 2,0mm x em banda de titânio, sob interferador de energia.
- ④ Fract. cominuta e complexa / O.S.
- ⑤ Ligam., sutura, abstrato, RPA







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                                                                                 |                             |                               |                            |                              |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------|
| NOME DO PACIENTE                                                                |                             | APT OU LEITO                  | Nº DO PRONTUÁRIO           | DATA                         |                  |
| Lucinaldo Costa de concia                                                       |                             |                               |                            | 05/10/18                     |                  |
| TIPO                                                                            |                             | CIRURGIA                      |                            |                              |                  |
| osteomielite fêmur<br>Patela Direita                                            |                             | INICIO                        | FIM                        | TEMPO DE DURAÇÃO             |                  |
|                                                                                 |                             | 20:50                         | 20:45                      | TEMPO TOTAL                  |                  |
| CIRURGIÃO                                                                       | EQUIPE MÉDICA               |                               |                            |                              |                  |
| 1º AUXILIAR                                                                     | ANESTESISTA:                |                               | 1º Endes, Bruno            |                              |                  |
| 2º AUXILIAR                                                                     | RES. ANESTESIA:             |                               |                            |                              |                  |
|                                                                                 | INSTRUMENTADOR              |                               |                            |                              |                  |
| TIPO DE ANESTESIA: Raquia 19:40                                                 |                             | CIRCULANTE                    |                            |                              |                  |
|                                                                                 |                             | N. Usava, Raimundo, Claudemir |                            |                              |                  |
| QUANT.                                                                          | MATERIAIS                   | VALOR                         | QUANT                      | MEDICAMENTOS                 | VALOR            |
| 1                                                                               | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. |                               | 1                          | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO    | 500ml            |
| 1                                                                               | PACOTES GAZE C/ 12          |                               |                            | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO |                  |
| 1                                                                               | LUVA ESTERIL 7.0            |                               |                            | FRASCOS- SORO GLICOSADO      |                  |
| 1                                                                               | LUVA ESTERIL 7.5            |                               |                            | FIO VICRYLNº                 |                  |
| 1                                                                               | LUVA ESTERIL 8.0            |                               |                            | FIO MONONYLON Nº             |                  |
| 1                                                                               | LUVA ESTERIL 8.5            |                               |                            | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº    |                  |
| 1                                                                               | LUVAS P/PROCEDIMENTOS       | par                           |                            | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº    |                  |
| 1                                                                               | LÂMINA BISTURINº 11         |                               |                            | FIO CATGUT SIMPLES Nº        |                  |
|                                                                                 | DRENO DE SUÇÃO Nº           |                               |                            | FIO CATGUT CROMADO Nº        |                  |
|                                                                                 | DRENO DE TORAX Nº           |                               |                            | FIO PROLENE Nº               |                  |
|                                                                                 | DRENO DE PENROSE Nº         |                               |                            | FIO SEDA Nº                  |                  |
|                                                                                 | SERINGA 01ML                |                               |                            | SURGICEL                     |                  |
| 1                                                                               | SERINGA 03ML                |                               | 1                          | GERA-PROSSO eletrólito       |                  |
|                                                                                 | SERINGA 05 ML               |                               | 1                          | KIT CATARATA                 | coléter 02       |
|                                                                                 | SERINGA 10ML                |                               | 50ml                       | GEFOAM                       | al por 201       |
|                                                                                 | SERINGA 20ML                |                               | 100ml                      | FITA CARDIACA                | floukid. pladine |
|                                                                                 |                             |                               |                            | OUTROS:                      |                  |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                             |                               | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE |                              |                  |
| INSTRUMENTADOR (A)                                                              | ENFERMEIRA CHEFE            |                               |                            |                              |                  |
|                                                                                 | Joqueline                   |                               |                            |                              |                  |
|                                                                                 | Pluie                       |                               |                            |                              |                  |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS                                                            | CIRCULANTE DE SALA          |                               |                            |                              |                  |
|                                                                                 |                             | MATERIAL MEDICAMENTOS         |                            |                              | VALOR            |
|                                                                                 |                             | SUB- TOTAL                    |                            |                              |                  |
|                                                                                 |                             | TAXA DE SALA                  |                            |                              |                  |
|                                                                                 |                             | TAXA DE ANESTESIA             |                            |                              |                  |
|                                                                                 |                             | SOMA                          |                            |                              |                  |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE                                           |                             |                               |                            |                              |                  |

Blow A - 102-3

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA |                                                                                                      | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |      | HCR |                    |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------|-----|--------------------|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA              |                                                                                                      |                                      |      |     |                    |
| DATA DE ADMISSÃO               |                                                                                                      | DIH                                  |      | DN  |                    |
| PACIENTE                       | <i>Lucivaldo Costa Conceição</i>                                                                     |                                      |      |     |                    |
| DIAGNÓSTICO                    | <i>fract. Patellar (Carniente) Scaph</i>                                                             |                                      |      |     |                    |
| ALERGIAS                       | HAS                                                                                                  |                                      | DM2  |     |                    |
| IDADE                          | LEITO                                                                                                |                                      | DATA |     |                    |
| ITEM                           | PRESCRIÇÃO                                                                                           |                                      |      |     | HORÁRIO            |
| 1                              | DIETA ORAL LIVRE                                                                                     |                                      |      |     | <i>Monter</i>      |
| 2                              | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                                                             |                                      |      |     | <i>24-06-12-18</i> |
| 3                              | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                                |                                      |      |     | <i>24-12</i>       |
| 4                              | TILATIL 20MG EV 12/12H                                                                               |                                      |      |     | <i>24-06-12-18</i> |
| 5                              | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                                                               |                                      |      |     | <i>SN</i>          |
| 6                              | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                         |                                      |      |     | <i>SN</i>          |
| 7                              | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                           |                                      |      |     | <i>SN</i>          |
| 8                              | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N                                                                          |                                      |      |     | <i>SN</i>          |
| 9                              | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                          |                                      |      |     | <i>SN</i>          |
| 10                             | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                    |                                      |      |     | <i>Retinar</i>     |
| 12                             | CAPTOPRIL 25MG VO (SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG                                                   |                                      |      |     | <i>SN</i>          |
| 14                             | CURATIVO DIÁRIO                                                                                      |                                      |      |     | <i>Retinar</i>     |
| 15                             | <i>Tota genitais M.D. (Monter)</i>                                                                   |                                      |      |     |                    |
| 16                             |                                                                                                      |                                      |      |     |                    |
| 17                             |                                                                                                      |                                      |      |     |                    |
| 18                             | <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (GR)</b>                                               |                                      |      |     |                    |
| 19                             | <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b>                                   |                                      |      |     |                    |
| 20                             | <b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |                                      |      |     |                    |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>        |                                                                                                      |                                      |      |     |                    |

| SINAIS VITAIS |        |    |  |    |
|---------------|--------|----|--|----|
| 6 H           |        |    |  |    |
| 12 H          |        |    |  |    |
| 18 H          |        |    |  |    |
| 24 H          | 120x70 | BS |  | NA |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

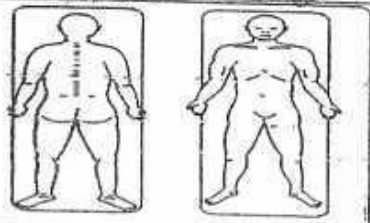


102-3

| GOVERNO DE RORAIMA                                                                                                                                                                                         |                                                     | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA |            | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA |  | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |  | PRESCRIÇÃO MÉDICA |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------|------------|--------------------------------|--|--------------------------------------|--|-------------------|--|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           |                                                     | DIH                       |            | DN                             |  |                                      |  |                   |  |
| PACIENTE LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO                                                                                                                                                                      |                                                     |                           |            |                                |  |                                      |  |                   |  |
| AGNÓSTICO FX PATELA D                                                                                                                                                                                      |                                                     |                           |            |                                |  |                                      |  |                   |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                           |            |                                |  |                                      |  |                   |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                      | 27                                                  | HAS                       |            | DM2                            |  |                                      |  |                   |  |
| LEITO                                                                                                                                                                                                      | 102-3                                               | DATA                      | 04/09/2018 |                                |  |                                      |  |                   |  |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                           |            |                                |  |                                      |  |                   |  |
| 1                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                    |                           |            |                                |  |                                      |  | HORÁRIO           |  |
| 2                                                                                                                                                                                                          | AVP PÉRVIO                                          |                           |            |                                |  |                                      |  | 6UD               |  |
| 4                                                                                                                                                                                                          | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |                           |            |                                |  |                                      |  | manter            |  |
| 7                                                                                                                                                                                                          | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |                           |            |                                |  |                                      |  | SUSPENSO          |  |
| 8                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |                           |            |                                |  |                                      |  | SN                |  |
| 9                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |                           |            |                                |  |                                      |  | 12-18-24          |  |
| 10                                                                                                                                                                                                         | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |                           |            |                                |  |                                      |  | 14-22-06          |  |
| 11                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |                           |            |                                |  |                                      |  | SN                |  |
| 12                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                     |                           |            |                                |  |                                      |  | retina            |  |
| 13                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                           |            |                                |  |                                      |  | curativo          |  |
| 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:                                                                                                                                                                                           |                                                     |                           |            |                                |  |                                      |  |                   |  |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE                                                                                                                                          |                                                     |                           |            |                                |  |                                      |  |                   |  |
| # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.                                                                                                                    |                                                     |                           |            |                                |  |                                      |  |                   |  |
| # SOLICITADO:                                                                                                                                                                                              |                                                     |                           |            |                                |  |                                      |  |                   |  |
| # CONDUTA: MANTIDA                                                                                                                                                                                         |                                                     |                           |            |                                |  |                                      |  |                   |  |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:                                                                                                                                                                                 |                                                     |                           |            |                                |  |                                      |  |                   |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                              |                                                     |                           |            |                                |  |                                      |  |                   |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                        | PA                                                  | FC                        | FR         |                                |  |                                      |  |                   |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                       | 134X84                                              | 63                        | 16         | 36,2                           |  |                                      |  |                   |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                       | 120X64                                              | 57                        |            | 36,12                          |  |                                      |  |                   |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                       | 125X69                                              | 60                        |            |                                |  |                                      |  |                   |  |
| Dr. Fernando Rezende<br>CRM-RR 2007<br>Residente de Ortopedia e Traumatologia                                                                                                                              |                                                     |                           |            |                                |  |                                      |  |                   |  |



|                                                                                 |                                                                                   |                            |            |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------|-------------------------|
|  | <p><b>Acompanhamento das Feridas</b></p> <p><b>Comissão de Curativo - HGR</b></p> | Protocolo nº 1             | Versão: 06 | 10 de Fevereiro de 2013 |
|                                                                                 |                                                                                   | Atualizada: Janeiro / 2015 |            |                         |
|                                                                                 |                                                                                   | ENF/LEITO: 10233           |            |                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Bucinaldo Costa da Conceição</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                        |
| DATA: <u>04.09.</u><br><input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                                                                                                                                                         | Localização / Região: <u>M2 D</u><br> |
| Etiologia:<br><input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                       |
| Ano da Ferida:<br>Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                                            | Localização / Região:<br>           |
| Aparência do Leito:<br><input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                                | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                       |
| Quantidade de Exsudato:<br><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                         | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                       |
| Tipo de exsudato:<br><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                           | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                       |
| Dor:<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                      | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                       |
| Odor:<br><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                                | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                       |
| Condição da pele Perilesional:<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____                                                                  | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                       |
| Solução para limpeza:<br><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                       | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                       |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão):<br><input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____                                          | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                       |
| Hora do curativo:<br><input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                     | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                       |
| Data da Próxima troca:<br>Em caso de + de 24hs                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                       |
| Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem:<br>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:<br>OBS:                                                                                                                                                                                                                                                 | Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem:<br>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:<br>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.





|  <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b><br><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                                       |                                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |   |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------|----|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----|----|----|----|----|------|--------|----|--|-----------|------|--------|----|--|--------|------|--------|----|--|--|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                     | DIH                |    | DN                     |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| PACIENTE <b>LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| AGNÓSTICO <b>FX PATELA D</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     | HAS                |    | DM2                    |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| IDADE <b>27</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     | LEITO <b>102-3</b> |    | DATA <b>05/09/2018</b> |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         | HORÁRIO                |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DIETA ORAL LIVRE                                    |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         | <b>SND</b>             |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | AVP PÉRVIO                                          |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         | <b>SUSPENSO</b>        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         | <b>SN</b>              |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         | <b>24h 06</b>          |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         | <b>24h 06</b>          |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         | <b>SN</b>              |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CURATIVO DIÁRIO                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         | <b>Setina Curativo</b> |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b><br><b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b><br><b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b><br><b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>                                                                                                                                                                                              |                                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| <b>#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,</b><br><b>ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE</b><br><b># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,</b><br><b>ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,</b><br><b>NORMOCORADO, HIDRATADO.</b><br><b># SOLICITADO:</b><br><b># CONDUTA: MANTIDA</b>                                                                                                                                                                                |                                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| <b># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:</b><br><b>SINAIS VITAIS</b><br><table border="1"> <thead> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TX</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>110/70</td> <td>68</td> <td></td> <td>52 pontos</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>120/70</td> <td>57</td> <td></td> <td>35,2°C</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>130/60</td> <td>69</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                                                     |                    |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        | 6 H | PA | FC | FR | TX | 12 H | 110/70 | 68 |  | 52 pontos | 18 H | 120/70 | 57 |  | 35,2°C | 24 H | 130/60 | 69 |  |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PA                                                  | FC                 | FR | TX                     |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 110/70                                              | 68                 |    | 52 pontos              |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 120/70                                              | 57                 |    | 35,2°C                 |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 130/60                                              | 69                 |    |                        |                                                                                                              |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                    |    |                        | <b>Dr. Fernando Rezende</b><br><b>CRM-RR 2007</b><br><b>Residente de Ortopedia e</b><br><b>Traumatologia</b> |                                                                                                                                                                         |                        |     |    |    |    |    |      |        |    |  |           |      |        |    |  |        |      |        |    |  |  |

12/11/18 paciente no 2º dia pós  
procedimento com 55% de  
segura nos membros e grupo  
de referência

**Fernando Gonçalves**  
Técnico de Enfermagem  
COREN-RR 685.057 TE





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

|                                                                                                                     |                       |                   |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------|-----------------|
| Bloco: A                                                                                                            | Data: 05/09/2018      | Enfermaria: 102   | Leito: 3 - Otto |
| Nome Completo: Lucinaldo Conceição                                                                                  | Idade: 27             | Sexo: ( ) F (X) M |                 |
| Procedência:                                                                                                        | Hipótese Diagnóstica: |                   |                 |
| Isolamento ou Precaução: ( ) Sim (X) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos   |                       |                   |                 |
| Alergia: ( ) Sim (X) Não Qual (is):                                                                                 |                       |                   |                 |
| Necessidade de Intérprete? ( ) Sim (X) Não Qual idioma:                                                             |                       |                   |                 |
| Possui acompanhante: ( ) Sim (X) Não Obs: Semente pela Tarde                                                        |                       |                   |                 |
| Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas (X) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante |                       |                   |                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>SISTEMA NEURÓLOGO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado    ( ) Desorientado<br>( ) Sedado    ( ) Torposo    ( ) Comatoso<br>( ) Agitado    ( ) Reage a estímulos    ( ) Não reage                                                                                                                                                         |  |  | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b><br>( ) Normocárdico    ( ) Bradicárdico    ( ) Taquicárdico    BC: _____<br>( ) Normotenso    ( ) Hipotenso    ( ) Hipertenso    PA: _____<br>( ) Pulso Cheio    ( ) Filiforme    ( ) Arritmico    Pulso: _____                                                                                                                                                                                           |  |  |
| <b>PUPILAS</b><br>( ) Fotorreagente    ( ) Mióticas    ( ) Midríatica<br>( ) Isocóricas    ( ) Anisocóricas    ( ) Não reagentes                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b><br><input checked="" type="checkbox"/> VO    ( ) SNG/SOG    ( ) SNE/SOE    ( ) GTT    ( ) NPT<br>Aceltação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim    ( ) Não    ( ) Parcial<br>Evacuações: <input checked="" type="checkbox"/> Presente    ( ) Ausente    ( ) Colostomia<br>( ) Normal    ( ) Diarreia    ( ) Constipação    ( ) Melema<br>Flatos: ( ) Presente    ( ) Ausente |  |  |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b><br>( ) Afebril    ( ) Hipotérmico    ( ) Hipertérmico<br>( ) Febril    ( ) Febre    ( ) Pirexia<br>( ) Hiperpirexia                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normotenso    ( ) Distendido    ( ) Globoso    ( ) Flácido<br>( ) Ascítico    ( ) Maciço    ( ) Timpânico<br>Ruídos Hidroaéreos: ( ) Presente    ( ) Ausente<br>Visceromegalias: ( ) Sim    ( ) Não    FO: ( ) Sim    ( ) Não                                                                                                                                         |  |  |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Hidratada    ( ) Desidratada    ( ) Ressecada<br>( ) Normocorada    ( ) Hipocorada    ( ) Hiperacorada<br>( ) Anictérica    ( ) Ictérica    ( ) Cianótica<br>( ) Aclanótica    ( ) Edema Local: _____<br>Úlcera por pressão: ( ) Sim    ( ) Não<br>Região: _____<br>Curativo realizado: ( ) Sim    ( ) Não    FO: ( ) SIM    ( ) NÃO |  |  | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Espontânea    ( ) SVD    ( ) Anúria    ( ) Oligúria<br>( ) Poliúria    ( ) Disúria    ( ) Colúria    ( ) Hematúria<br>( ) Cistostomia    ( ) Irrigação contínua    ( ) Uropen                                                                                                                                                                                  |  |  |

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**

( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico (X) Ar ambiente ( ) Traqueostomia

Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não Qual:

| CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES |                                         |         |                      |            |                        |                 |            |                 |               |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------|----------------------|------------|------------------------|-----------------|------------|-----------------|---------------|
| Cateter Periférico:                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | ( ) Não | Local:               | <u>MSD</u> | Data:                  | <u>04/10/18</u> | Trocar em: | <u>07/10/18</u> |               |
| Cateter Central:                                       | ( ) Sim                                 | ( ) Não | Local:               | _____      | Curativo realizado em: | _____           | Trocar em: | _____           |               |
| Sinais de Infecção no sítio da punção:                 |                                         |         | ( ) Sim              | ( ) Não    |                        |                 |            |                 |               |
| Sondas:                                                | ( ) Sim                                 | ( ) Não | ( ) SNG              | ( ) SOG    | ( ) SNE                | ( ) SOE         | ( ) GTT    | ( ) Lavagem     | ( ) Sifonagem |
| Dreno de:                                              |                                         |         | Aspecto da secreção: | _____      |                        | Quantidade:     | _____      |                 |               |
| Cateter Vesical:                                       | ( ) Sim                                 | ( ) Não | Data da instalação:  | _____      |                        | Trocar em:      | _____      |                 |               |
| Prótese:                                               | ( ) Sim                                 | ( ) Não | Tipo:                | _____      |                        | Local:          | _____      |                 |               |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                                                    |                                                                         |                                |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Deglutição                                          | <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz                   | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada                    | <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação        | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável                          | <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene      | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos        | <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente                        | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo                        | <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada                 | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente                       | <input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida         | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada                     | <input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais             | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Risco de constipação                                | <input type="checkbox"/> Risco de quedas                                | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Diarreia                                            | <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Incontinência intestinal                            | <input checked="" type="checkbox"/> Dor aguda                           | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado               | <input type="checkbox"/> Dor crônica                                    | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada            | <input type="checkbox"/> Náusea                                         | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada                     | <input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração                       | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada | <input type="checkbox"/> Risco de infecção                              | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Conforto prejudicado                     | <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada              | <input type="checkbox"/> _____ |







PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME: Sebastião de Gita Pereira Junior

IDADE: 51 a

BLOCO: A

REGISTRO:

ENFERMARIA:

102

LEITO: 02

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

Clínico Geral

PARA:

Clínico Venéreo

Dados Clínicos:

- PO de amputação do 5º dedo da mão direita  
- em acompanhamento de cirurgia de amputação  
- remissão de neoplasias p/ tratamento  
devido a possível disseminação  
fóssil

05.09.18

Data

Médico

Renato Ribeiro  
Médico  
CRM-RR 1421

Data

Médico

Obs: Comunicado a direção geral dia 05/09/2018 em nome de

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                           |                                                     |       |       |        |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|-------|--------|-----------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                      |                                                     |       |       |        |                 |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                |                                                     |       |       |        |                 |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                   |                                                     |       |       |        |                 |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    |                                                     | DIH   |       | DN     |                 |
| PACIENTE LUCINALDO COSTA DA CONCEIÇÃO                                                                                                                                                                               |                                                     |       |       |        |                 |
| AGNÓSTICO FX PATELA D                                                                                                                                                                                               |                                                     |       |       |        |                 |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            |                                                     |       |       |        |                 |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               | 27                                                  | HAS   |       | DM2    |                 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                |                                                     | LEITO | 102-3 | DATA   | 06/09/2018      |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                          |                                                     |       |       |        | HORÁRIO         |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                    |       |       |        | SND             |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | AVP PÉRVIO                                          |       |       |        |                 |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                         |       |       |        |                 |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |       |       |        | SUSPENSO        |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |       |       |        | SN              |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H              |       |       |        | 24.06           |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |       |       |        | SN 14.45        |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |       |       |        |                 |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                     |       |       |        | Rotina Curativa |
| 13                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |       |        |                 |
| 14                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |       |        |                 |
| 15                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |       |        |                 |
| 16                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |       |        |                 |
| 17                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |       |        |                 |
| 18                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |       |        |                 |
| 19                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |       |        |                 |
| 20                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |       |        |                 |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                     |       |       |        |                 |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                    |                                                     |       |       |        |                 |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,<br>ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE                                                                                                                                                |                                                     |       |       |        |                 |
| # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,<br>ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.                                                                                                                       |                                                     |       |       |        |                 |
| # SOLICITADO:                                                                                                                                                                                                       |                                                     |       |       |        |                 |
| # CONDUTA: MANTIDA                                                                                                                                                                                                  |                                                     |       |       |        |                 |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA                                                                                                                                                                                           |                                                     |       |       |        |                 |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                       |                                                     |       |       |        |                 |
| # PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                                     |                                                     |       |       |        |                 |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                 | PA                                                  | FC    | FR    |        |                 |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                | 125x74                                              | 70    |       |        |                 |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                | 135x75                                              | 67    | 16    | 35,6°C |                 |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                | 130x77                                              | 76    | 20    | 36     |                 |
| Dr. Fernando Rezende<br>CRM-RR 2007<br>Residente de Ortopedia e<br>Traumatologia                                                                                                                                    |                                                     |       |       |        |                 |

As 12:00h Paciente estável, Afébril SSVV, segue sem queixas nos membros da equipe enfermagem.

66b PA 129, 71 mmHg  
FC 55  
T 36,2°C

Rosilene Garcia P. Mende  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 552.039-TE





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

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190095699

Vítima: LUCINALDO COSTA DA CONCEICAO

Data do Acidente: 13/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCINALDO COSTA DA CONCEICAO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13902426

Pag. 01149/01150 - carta\_01 - INVALIDEZ

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: PJSHW S4NS7 PCNBY GBAV3