

---

**Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200277208**

**Vítima: MARLENE SOUZA SILVA**

**Data do Acidente: 12/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

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

**Senhor(a), MARLENE SOUZA SILVA**

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200277208

Vítima: MARLENE SOUZA SILVA

Data do Acidente: 12/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARLENE SOUZA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARLENE SOUZA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000522-3

Conta: 0000028732-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 005.894.983-63 4 - Nome completo da vítima: Marlene Souza Silva

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

5 - Nome completo: Marlene Souza Silva 6 - CPF: 005.894.983-63  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Av. Jardim 9 - Número: 138 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-529  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0522   CONTA: 28732    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

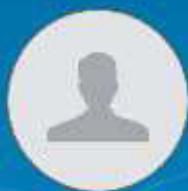
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista RR 20 de julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Marlene Souza Silva

48 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Minha conta  
Agência: 0522 | Conta: 28732-6



Início



Saldos e Extratos



Transferências



Pagamentos



DDA - Boletos Registrados



Empréstimos / Consignado



Crédito Imobiliário



Cartões



Investimentos



Ágora Home Broker



Sair





Bradesco

Olá, MARLENE SOUZA SILVA

**BIA** *Digite ou fale com a BIA* 

SALDO DISPONÍVEL

ocultar

R\$ 0,00 &gt;

**Empréstimos**

ver opções &gt;

**Prorroque aqui seus  
empréstimos e financiamentos**

Solicitar &gt;

Saldos e  
Extratos

Transferências



Pagamentos

DDA - Boletos  
Registrados**Empréstimos/  
Consignado**Crédito  
Imobiliário

Cartões



Investimentos

Ágora  
Home Broker

Consórcio



Agendamentos

Autorização de  
Parceiros



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00021587/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 28/07/2020 17:29:52 Data/Hora Fim: 28/07/2020 17:29:52

Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/04/2020 08:50

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
 Bairro: Cidade Satélite  
 Logradouro: Av. do Sol e rua Sagitários  
 Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1224: DEIXAR O CONDUTOR DO VEÍCULO, EM ACIDENTE, DE PRESTAR IMEDIATO SOCORRO À VÍTIMA, OU, DEIXAR DE SOLICITAR AUXÍLIO DA AUTORIDADE PÚBLICA (ART. 304 DA LEI 9.503/1997 - CTB )	Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

<b>Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )</b>
Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: MARLENE SOUZA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE )			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 29/01/1977	Idade: 43
Profissão: Sem Informação		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Raimunda Nonata de Souza Silva		Nome do Pai: Osvaldo Batista da Silva	

**Documento(s)**

RG: 26017072003-5  
 CPF: 005.894.903-63

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
 Logradouro: Av Jardim - condomínio açai - vila jardim  
 Complemento: condomínio  
 Bairro: Cidade Satélite

Nº: bloco 11, ap. 138

CEP: 69.317-529

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

**Grupo** Veículo  
**CPF/CNPJ do Proprietário** 747.489.393-20  
**Renavam** 00395154073  
**Número do Chassi** 9C6KE1250B0024557  
**Cor** PRETA  
**Município Veículo** Boa Vista/RR  
**Veículo Adulterado?** Não

**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta  
**Placa** NUK5530  
**Número do Motor** E3D2E-032169  
**Ano/Modelo Fabricação** 2011/2011  
**UF Veículo** RR  
**Marca/Modelo** YAMAHA/XTZ 125E  
**Situação** Meio Empregado, Envolvido



Impresso por: Meire Moura da Silva  
 Data de Impressão: 28/07/2020 17:40:31

**AUTENTICAÇÃO**

Página 1 de 2

PPG - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
 é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 19 de julho de 2020

*[Assinatura]*  
 Assinatura



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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00021587/2020

Última Atualização Denatran 09/01/2020

Situação do Veículo  
RESTRICAO\_BENEFICIO\_TRIBUTARIO\_FILE\_VEIC  
ULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
Marlene Souza Silva	Proprietário

## RELATO/HISTÓRICO

QUE a comunicante através do número telefônico 95-99113-3855, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 12/04/2020, por volta das 08h:50min da manhã, a comunicante trafegava em sua motocicleta particular, de marca YAMAHA, modelo XTZ 125, Placa NUK-5530; QUE neste momento trafegava na Av. do Sol, no bairro: Cidade Satélite/BV/RR; QUE no cruzamento com a rua Sagitários de mesmo bairro, um veículo automotor (não sabe informar características), bateu na traseira da motocicleta, atingindo sua perna esquerda, subsequentemente arremessado a comunicante no chão; QUE o veículo automotor acima citado seguiu viagem normalmente, e não parou para prestar socorro ou assistência à comunicante; QUE a comunicante conseguiu dirigir até o pronto socorro do hospital Cosme e Silva, onde foi atendida; QUE a comunicante teve fraturas em todo seu corpo, e fraturas mais graves na perna esquerda, que pelo impacto perdeu parcialmente o movimento de seu pé, como consta em laudo médico em anexo a este B.O.; QUE PERGUNTADO para comunicante se ele tem suspeitas ou testemunhas que identifiquem ou auxilie na identificação do autor que conduzia o veículo acima citado, RESPONDEU: QUE NÃO tem suspeitas de quem poderia ser o infrator que conduzia o veículo, que não lembra de alguma característica que auxiliasse na identificação deste veículo (modelo, placa...), pois o acidente ocorreu muito rápido.

QUE a comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (28/07/2020) devido à gravidade de seus ferimentos, que somente registrou o fato para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

~~~~~

QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia "ad-hoc", chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O. orientei ao comunicante que ela poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

## ASSINATURAS

Meire Moura da Silva  
Escrivão de Polícia  
Matrícula 42000511  
Responsável pelo Atendimento

Marlene Souza Silva  
Vítima, Comunicante

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

## AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 28 de julho de 2020

*[Assinatura manuscrita]*  
Assinatura

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 005.894.983-63 4 - Nome completo da vítima: Marlene Souza Silva

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

5 - Nome completo: Marlene Souza Silva 6 - CPF: 005.894.983-63  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Av. Jardim 9 - Número: 138 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-529  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0522   CONTA: 28732    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista RR 20 de julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Marlene Souza Silva

48 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Minha conta  
Agência: 0522 | Conta: 28732-6



Início



Saldos e Extratos



Transferências



Pagamentos



DDA - Boletos Registrados



Empréstimos / Consignado



Crédito Imobiliário



Cartões



Investimentos



Ágora Home Broker



Sair





Bradesco

Olá, MARLENE SOUZA SILVA

**BIA** *Digite ou fale com a BIA* 

SALDO DISPONÍVEL

ocultar

R\$ 0,00 &gt;

**Empréstimos**

ver opções &gt;

**Prorroque aqui seus  
empréstimos e financiamentos**

Solicitar &gt;

Saldos e  
Extratos

Transferências



Pagamentos

DDA - Boletos  
Registrados**Empréstimos/  
Consignado**Crédito  
Imobiliário

Cartões



Investimentos

Ágora  
Home Broker

Consórcio



Agendamentos

Autorização de  
Parceiros

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MARLENE SOUZA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00522-3

CONTA: 000000028732-6

Nr. Autenticação

BRADESCO1408202005000000000023700522000000028732168750 PAGO





RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Garças, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.479/0001-44 | Doc. Estadual: 24.003.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impostos autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este número

SEU CÓDIGO  
0133349-6

Nº da Nota Fiscal 4584844

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

FEVEREIRO/2020

01/03/2020

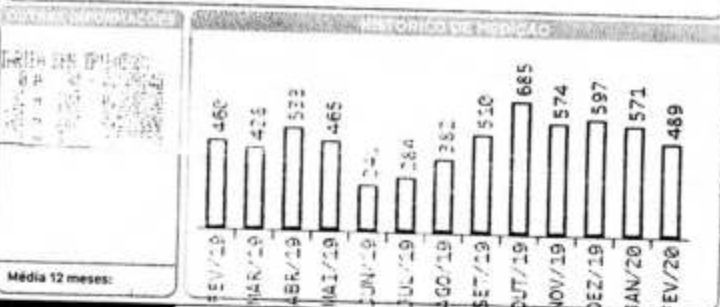
489


359,92

MARLENE SOUZA SILVA  
AV JARDIM 178 RUA A-404 A-CAI - CIDADE SATELITE  
CLP: 69.317.529 - BOA VISTA

| DADOS DA LEITURA (KWH)            | DADOS DA LEITURA        | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA        |
|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| Atual: 10.404                     | Atual: 10.404           | Grupo/Subgrupo: 1.4.1.2             |
| Anterior: 10.404                  | Anterior: 10.404        | Classe/Subclasse: RESID. BR. RENOVA |
| Dias de consumo: 28               | Próxima leitura: 10.404 | Ligação: 01/01/2019                 |
| Constante de Multiplicação: 1,000 | Emissão: 07/02/2020     | Número Medidor: 1481641358          |
| Consumo medido: 0                 | Apresentação: 10.404    | Forma de Faturamento: NORMAL        |
| Consumo Faturado: 0               |                         | Modalidade: 1.480101                |

| DESCRIÇÃO DA CONTA                           | 30 A R\$   | 70 A R\$   | 1,00 A R\$ | 1,69 A R\$ |
|----------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| CONTA                                        | 0,250279 = | 0,444397 = | 0,666603 = | 0,740663 = |
|                                              | 7,77       | 31,10      | 79,99      | 199,23     |
| SUBVENÇÃO PARA RENOVAÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA |            |            |            | 56,34      |
|                                              |            |            |            | 41,83      |





**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Unidade consumidora sujeita a pagamento do fornecimento de energia elétrica. Para a 1ª vez, a partir de 01/02/2020, as contas revisadas não foram pagas. A partir de 01/03/2020, também a inclusão do novo plano de consumo. Se não for pago, haverá a inclusão de juros e multa. O valor devido é de R\$ 443,94 (valor atualizado). Para evitar o corte de energia, favor decuplicar este aviso.

Valor devido: R\$ 443,94  
Data de vencimento: 01/03/2020

Para mais informações, consulte o site: [www.roraimaenergia.com.br](http://www.roraimaenergia.com.br)

|                             |            |                                           |                |
|-----------------------------|------------|-------------------------------------------|----------------|
| RESERVADO AO FISCO          |            | IBAF 7.5C31.33A1.931D.AE90.1672.21FF.F2DA |                |
| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$   |            | IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$              |                |
| Energia:                    | 10.404     | Encargos:                                 | 0,00           |
| Transmissão:                | 0,00       | Tributos:                                 | 0,00           |
|                             |            | Base de Cálculo:                          | ALÍQUOTA VALOR |
|                             |            | ICMS:                                     | 17,00% 54,07   |
|                             |            | PS:                                       | 0,41% 1,70     |
|                             |            | COFINS:                                   | 1,31% 6,00     |
| INDICADORES DE CONTINUIDADE |            |                                           |                |
| DIO                         |            | FIC                                       |                |
| Mensal                      | Trimestral | Mensal                                    | Trimestral     |
| Limite                      | 1,00       | 1,00                                      | 1,00           |
| Realizado                   | 1,00       | 1,00                                      | 1,00           |
| Conjunto de Indicadores     |            | Período de apuração: 12/2019              |                |
|                             |            | EURO: 151,11                              |                |

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

|                               |                                |                                                    |
|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br><b>703494</b> | MÊS<br><b>03/2020</b>          | PERÍODO DE CONSUMO<br><b>19-FEB-20 a 23-MAR-20</b> |
| CONSUMO (kWh)<br><b>675</b>   | VENCIMENTO<br><b>06-APR-20</b> | TOTAL A PAGAR<br><b>R\$ 552,25</b>                 |

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

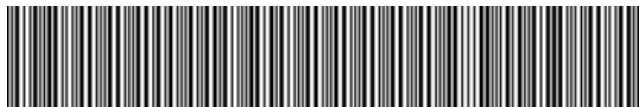
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

|                               |                       |                                    |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br><b>703494</b> | MÊS<br><b>03/2020</b> | TOTAL A PAGAR<br><b>R\$ 552,25</b> |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

**SAC** (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASP?X7TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA Lei nº 9.813/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneticiário

Marlene Saigo Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.894.983 / 63

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marlene Saigo Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.894.983 / 63 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                      |                          |                               |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Endereço: <u>Rua CC 11</u>           | Número: <u>294</u>       | Complemento: _____            |
| Bairro: <u>Laura Moreira</u>         | Cidade: <u>Boa Vista</u> | Estado: <u>RR</u>             |
| E-mail: <u>W.Franco992@gmail.com</u> | CEP: <u>69.318-050</u>   | Tel. (DDD): <u>99/13-3855</u> |

Local e Data:

Boa Vista RR 01 de julho de 2020

William Gonçalves Franco  
Assinatura do Declarante

1

20074962

PTE intol: à Dióxido  
Muito suco em PT. 1000  
Tx de Acidente Nato em  
arabes.

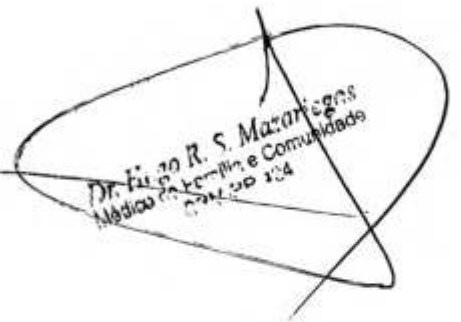
---

Sono fiscal 2500 —

O<sub>2</sub> - 5 Lpm - 20 ml

Taxação 40 IU

---



Expediente:

Paciente apresentando febre alta  
sem melhora com este tratamento  
segundo exame PTE mostra  
a presença de difteria  
e febre alta  
verificar a febre  
está em contato  
com a...

PTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: **MARLENE SOUZA SILVA** 43 anos  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: **12/04/2020**, COM  
DIAGNÓSTICO DE **FX DE MALÉOLO MEDIAL E TNZ E** E NO DIA  
**04/05/2020**, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
**OSTEOSSINTESE** SENDO

OPERADO PELO DOUTOR **DR ROGERIO** E P/ DR **0**  
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA **05/05/2020** ÀS \_\_\_\_\_, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **02 (DUAS)** SEMANAS, COM O  
DOUTOR **DR ROGERIO**.

### ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO

terça-feira, 5 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR



*Lucimír Viana*  
Residente de Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RR 2124

*Rogério*





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

HCC

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

Alto: 05.05.2020

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARLENE SOUZA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

179327

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

203403226324417

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/01/1977

9 - SEXO

Masc. ☐ 1 Fem. ☒

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

RAIMUNDA NONATA DE SOUZA SILVA

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

AV VILA JARDIM, COND. AÇAÍ, BLOCO 11, 404, CIDADE SATÉLITE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

14040 RR 69317529

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE DO SEXO FEMININO, DE 43 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM FRATURA DE MAEULO MEDIAL DE TORNOZELO E.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

EX CLINICO + COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura maeulo medial de tornozelo e

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

ORTOPEDIA

( ) CNS (X) CPF

94181462234

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAYNNE BEZERRA MAGALHÃES

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/04/2020

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

nmv

0308010019  
SP25 T068  
V299

ate 4.5





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

Masc.

1

Fem.

3

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

CNS ( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

| SETOR:     | ENF:                  | LEITO:                | DN:     | DI/HC: |
|------------|-----------------------|-----------------------|---------|--------|
| NOME:      | Miguel Lourenço Silva |                       |         |        |
| HD:        | Miguel Lourenço Silva |                       |         |        |
| DATA/HORA: | 10/10/2019            |                       |         |        |
|            |                       | PRESCRIÇÃO            | HORÁRIO |        |
| 1.         |                       | Diet. Geral           | 11h     |        |
| 2.         |                       | 500mg 500mg 11h       | 11h     |        |
| 3.         |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |
| 4.         |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |
| 5.         |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |
| 6.         |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |
| 7.         |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |
| 8.         |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |
| 9.         |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |
| 10.        |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |
| 11.        |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |
| 12.        |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |
| 13.        |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |
| 14.        |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |
| 15.        |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |
| 16.        |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |
| 17.        |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |
| 18.        |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |
| 19.        |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |
| 20.        |                       | Paracetamol 500mg 11h | 11h     |        |

HOSPITAL DE CAMPANHA - COVID 19 CANARINHO - HCC

0103160

HOSPITAL DE CAMPANHA - COVID 19 CANARINHO - HCC

0103160

MARLENE SOUZA SILVA

703403226324417

29/01/1977

(95) 99162-1184

Feminino

RAIMUNDA NONATA DE SOUZA SILV

AVENIDA - VILA JARDIM, COND. AÇAÍ, BLOCO 11

404

CIDADE SATELITE

BOA VISTA

140010

RR

69.317-529

ORTOPEDIA

Eletivo

X

201561889070005

MAGDA LUCIA NOLE

# HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

domingo, 12 de abril de 2020

## ADMISSÃO - CLÍNICA MÉDICA

Paciente: MARLENE SOUZA SILVA

Data de Nascimento: 29/01/1977

CNS: 703403226324417

Data da Internação Hospitalar: 12/04/2020

Data da Internação no Canarinho: 12/04/2020

Comorbidades: NEGA

Medicações de uso contínuo: NEGA

Cirurgias prévias:

Alergias: DIPIRONA/AINES

Hipótese Diagnóstica: FRATURA MALÉOLO MEDIAL DE TORNOZELO E

História da Doença Atual: PACIENTE DO SEXO FEMININO, DE 43 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM FRATURA DE MAEOLO MEDIAL DE TORNOZELO E.

Ao exame: BEG, vigil, eupneica em ar ambiente, hidratada, normocorada, afebril ao toque.

ACV: RCR, 2T, BNF sem sopros.

AR: MV+ s/ RA.

ABD: Plano, RHA+, normotimpânico, indolor à palpação.

CD: SUPORTE CLÍNICO.

  
Dra. Jayme Batista Magalhães  
Médica  
CRM/RR 1967

# **PRESCRIÇÃO MÉDICA** **HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO**

*Allegria e Dignidade*

| SETOR:                                | ENF: 02                                                 | LEITO: 22 | DN: 29/01/1977 | DIHCOSME: 12/04<br>DICanarinho:<br>12/04/2020 |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------|----------------|-----------------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: MARLENE SOUZA SILVA |                                                         |           |                |                                               |
| HD: FRATURA MAEÓLO MEDIAL E           |                                                         |           |                |                                               |
| DATA/HORA                             | PRESCRIÇÃO                                              | HORÁRIO   |                |                                               |
| 12/04/2020                            | 1. DIETA ORAL LIVRE                                     | SND       |                |                                               |
|                                       | 2. AVP                                                  | MANTER    |                |                                               |
|                                       | 3. SF0,9% 500ML EV ACM                                  | ACM       |                |                                               |
|                                       | 4. CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H                             | 12 24     |                |                                               |
|                                       | 5. CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H                           | 12 18 24  |                |                                               |
|                                       | 6. Omeprazol 40mg EV ou VO 1x dia                       | 06        |                |                                               |
|                                       | 7. DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS                             | 12 18 24  |                |                                               |
|                                       | 8. TENOXICAN 20MG EV 12/12H                             | 12 24     |                |                                               |
|                                       | 9. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8H EV SN            | SN        |                |                                               |
|                                       | 10. ONDANSETRONA 8MG EV ou VO 8/8 HORAS SN              | SN        |                |                                               |
|                                       | 11. CAPTOPRIL 25MG 1CP SE PAS> 160mmHg e/ou PAD 110mmHg | SN        |                |                                               |
|                                       | 12. SSVV + CCGG + DEXTRO 6/6h                           | ROTINA    |                |                                               |
|                                       | 13. Correção de glicemia conforme tabela ao lado        | ATENÇÃO   |                |                                               |
|                                       | 14. CURATIVO DIÁRIO                                     | CURATIVO  |                |                                               |

Para cetametel 500 mg VO 6/6h SN  
 Premetazina 25mg VO 00:25  
 Vidro com 1500 mg 500 mg VO 00:25  
 An 24h Cidmilitar dipirona 1g EV, e PH  
 An 00:22h Anistia reacao obliqua e  
 1/10 dipirona 1g EV. Polipéptido adenoarrelar  
 e Injeções, Comumado Plantonista  
 An 00:25h Injeção dipirona EV, e a plantonista  
 An 00:25h Injeção dipirona EV, e a plantonista  
 An 00:25h Injeção dipirona EV, e a plantonista

EVOLUÇÃO: PACIENTE DO SEXO FEMININO, DE 43 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM FRATURA DE MAEÓLO MEDIAL DE TORNOZELO E. CONDUTA: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO + ATB

| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                       |                                 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|
| Até 200: 0                                        | 301 - 350: 06 UI                |
| 201 - 250: 02 UI                                  | 351 - 400: 08 UI                |
| 251 - 300: 04 UI                                  | > 401: 10 UI Chamar Plantonista |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL |                                 |

| REGISTRO DE ENFERMAGEM |        |     |     |        |
|------------------------|--------|-----|-----|--------|
| SINAIS VITAIS          |        |     |     |        |
| Horário                | 06h    | 11h | 17h | 23h    |
| PA                     | 120/70 |     |     | 120/80 |
| FC                     | 82     |     |     | 84     |
| Tax                    | 36%    |     |     | 36%    |
| FR                     |        |     |     |        |
| Evacuação              |        |     |     |        |
| Diurese                |        |     |     |        |
| Dextro                 |        |     |     |        |
| Insulina Regular       |        |     |     |        |
| SNG                    |        |     |     |        |
| Dreno                  |        |     |     |        |

An 23h Cidmilitar morte  
 por movimento do Hospital  
 Cidmilitar com 2  
 Silve - ELLIENE  
 CO R ELLIENE  
 19/04/20





22

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |       |      |      |                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|------|------|------------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                    |                                                   |       |      |      |                        |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO                                                                                                                                                                                    |                                                   |       |      |      |                        |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                              |                                                   |       |      |      |                        |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                 |                                                   |       |      |      |                        |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                  |                                                   | E     |      | DN   |                        |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                          | MARLENE SOUZA SILVA                               |       |      |      |                        |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                       | FX DE MALÉOLO MEDIAL E TNZ E                      |       |      |      |                        |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                          | NEGA                                              | HAS   | NEGA | DM2  | NEGA                   |
| IDADE                                                                                                                                                                                                             |                                                   | LEITO | 22   | DATA | 13/4/2020              |
| ÍTEM                                                                                                                                                                                                              | PRESCRIÇÃO                                        |       |      |      | HORÁRIO                |
| 1                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                  |       |      |      | SND                    |
| 2                                                                                                                                                                                                                 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                          |       |      |      | MANTER                 |
| 3                                                                                                                                                                                                                 | SF 0,9% 500ml EV ACM                              |       |      |      | ACM                    |
| 4                                                                                                                                                                                                                 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN                            |       |      |      | SN                     |
| 5                                                                                                                                                                                                                 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN  |       |      |      | SN                     |
| 6                                                                                                                                                                                                                 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                        |       |      |      | SN                     |
| 7                                                                                                                                                                                                                 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG |       |      |      | SN                     |
| 8                                                                                                                                                                                                                 | OMEPRAZOL 40MG 1X DIA EM JEJUM                    |       |      |      | 8                      |
| 12                                                                                                                                                                                                                | CEFTRIAXONA 1G EV 12/12 H                         |       |      |      | 12 <del>24</del> FEITO |
| 13                                                                                                                                                                                                                | SSVV + CCGG 6/6 H                                 |       |      |      | ROTINA                 |
| 14                                                                                                                                                                                                                |                                                   |       |      |      |                        |
| 15                                                                                                                                                                                                                |                                                   |       |      |      |                        |
| 16                                                                                                                                                                                                                |                                                   |       |      |      |                        |
| 17                                                                                                                                                                                                                |                                                   |       |      |      |                        |
| 19                                                                                                                                                                                                                |                                                   |       |      |      |                        |
| 20                                                                                                                                                                                                                |                                                   |       |      |      |                        |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:<br>6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML<br>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                   |       |      |      |                        |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                  |                                                   |       |      |      |                        |
| CIRURGIA MARCADA PARA DIA 17/04/20 A TARDE                                                                                                                                                                        |                                                   |       |      |      |                        |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                     | PA                                                | FC    | FR   | TEMP |                        |
| 6 H                                                                                                                                                                                                               | 120 x 70                                          | 80    |      | 36.2 |                        |
| 12 H                                                                                                                                                                                                              | 118 x 72                                          | 82    |      | 36   |                        |
| 18 H                                                                                                                                                                                                              | 100 x 60                                          | 80    |      | 36.1 |                        |
| 24 H                                                                                                                                                                                                              | 100 x 70                                          | 85    |      | 36   |                        |

18h pouco febre no local, ferido SSVV,  
Realizado curativo dos ferimentos.

Eduardo de Almeida Matos  
Fisioterapeuta  
COREN-RR 907672-TÉC



ECG

23

22



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

## PEDIDO DE PARECER

DE: ORTOPEDIA

PARA: CARDIOLOGIA

Nome: MARLENE SOUZA SILVA

Idade: 43

Leito: 22

ACRE SERÁ SUBMETIDA À CIRURGIA ORTOPÉDICA  
DE FX DE TAZ (E).

SOUENTO RISCO CIRÚRGICO  
GRATO!

Dr. Lael do Santos da Silva  
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia

segunda-feira, 13 de abril de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Rc

Resposta:


Anal. FC em anexo

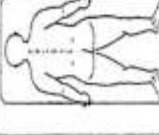
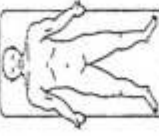
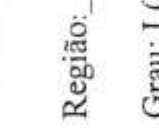
5

24/04/2020

Lais Amélia Moura de Oliveira  
Clínica Médica / Cardiologia  
CRM/RN 1550

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                                |                                      |                       |                    |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em        | Protocolo nº 1                       | Versão: 08            | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 2/2020 |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas –<br>HGR | Paciente: <u>Carlene Sousa Silva</u> | Data: <u>13/04/20</u> |                    |                    |
|                                                                                     |                                | Leito: <u>22</u>                     |                       |                    |                    |

|                                         |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                            |                                                              |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Localização                             |                                                                         |                                                                         | Região: <u>MLE</u><br>Grau: I ( ) II (X)                                                                                                                   |                                                                         | Região: _____<br>Grau: I ( ) II ( )                                                                                                                        |                                                              |
| Etiologia                               | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>(X) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____ | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>(X) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____ | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____ | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____ | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____ |                                                              |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfaco (X) Granulação ( ) Epitelização<br>(X) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____                              | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfaco (X) Granulação ( ) Epitelização<br>(X) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____                              | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfaco ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____                              | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfaco ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____                              | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfaco ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____                              |                                                              |
| Pele Perilesional                       | (X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                                   | (X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                                   | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                                   | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                                   | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                                   |                                                              |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                 | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                 | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                 | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                 | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                 |                                                              |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco                                                                                                                             | ( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco                                                                                                                             | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                             | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                             | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                             |                                                              |
| Solução de Limpeza                      | (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                | (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                |                                                              |
| Cobertura primária                      | (X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>(X) Outro: <u>Ag</u>                                                           | (X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>(X) Outro: <u>Ag</u>                                                           | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____                                                               | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____                                                               | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____                                                               |                                                              |
| Troca                                   | ( ) 12/12 (X) Diário                                                                                                                                       | ( ) 12/12 (X) Diário                                                                                                                                       | ( ) 12/12 ( ) Diário                                                                                                                                       | ( ) 12/12 ( ) Diário                                                                                                                                       | ( ) 12/12 ( ) Diário                                                                                                                                       |                                                              |
| Profissional que realizou procedimento: | <u>Isabela de Fátima N. Viaro</u><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-PR 440.709                                                                            | <u>Mônica Reis Pinhas</u><br>Técnica em Enfermagem<br>COREN-PR 00023.004                                                                                   | <u>Jucilene Moreira</u><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-PR 453.554                                                                                      | <u>Goldado</u><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-PR 453.554                                                                                               | <u>Goldado</u><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-PR 453.554                                                                                               | <u>Goldado</u><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-PR 453.554 |
| Observações:                            |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                            |                                                              |



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
UNIDADE ADMINISTRATIVA DE SAÚDE

|                                      |                                |                  |               |
|--------------------------------------|--------------------------------|------------------|---------------|
| Paciente: <b>Marlene Souza Silva</b> | Sexo: Feminino                 | Nasc: 29/01/1977 | Idade: 43 ANO |
| Solicitação: 20173927                | Número Interno:                | Solicitante:     |               |
| Origem: CAN                          | Setor: CANARINHO ENFERMARIA 02 | Leito: 22        |               |
| Data de Emissão: 13/04/2020 13:20    | Recebimento:                   |                  |               |

### Resultado de Exame

Amostra: 2017392703

## HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

### LEUCOGRAMA

|             | Resultado                  | Referência                      |
|-------------|----------------------------|---------------------------------|
| LEUCÓCITOS  | 11.02 x10 <sup>3</sup> /uL | 4.0 - 10.0 x10 <sup>3</sup> /uL |
| NEUTRÓFILOS | 60.80 %                    | 50.0 - 70.0 %                   |
| LINFÓCITOS  | 30.50 %                    | 20.0 - 40.0 %                   |
| MONÓCITOS   | 8.10 %                     | 3.0 - 12.0 %                    |
| EOSINÓFILOS | 0.40 %                     | 0.5 - 5.0 %                     |
| ASÓFILOS    | 0.20 %                     | 0.0 - 1.0 %                     |

### ERITROGRAMA

|             |                           |                                 |
|-------------|---------------------------|---------------------------------|
| ERITRÓCITOS | 3.48 x10 <sup>6</sup> /uL | 3.9 - 5.03 x10 <sup>6</sup> /uL |
| HEMOGLOBINA | 12.50 g/dL                | 12.0 - 16.0 g/dL                |
| HEMATÓCRITO | 35.00 %                   | 35.0 - 45.0 %                   |
| VCM         | 100.50 ug/L               | 77.0 - 101.0 ug/L               |
| HCM         | 35.90 pg                  | 27.0 - 34.0 pg                  |
| CHCM        | 35.70 g/dL                | 28.0 - 33.0 g/dL                |
| RDW CV      | 11.90 %                   | 11.0 - 16.0 %                   |
| RDW SD      | 50.30 fL                  | 35.0 - 56.0 fL                  |

### PLAQUETOGRAMA

|           |                             |                                    |
|-----------|-----------------------------|------------------------------------|
| PLAQUETAS | 162.00 x10 <sup>3</sup> /uL | 150.0 - 400.0 x10 <sup>3</sup> /uL |
| VPM       | 9.30 fL                     | 6.5 - 12.0 fL                      |
| ADP       | 16.10                       | 9.0 - 17.0                         |
| ACT       | 0.151 %                     | 1.08 - 2.82 %                      |

Sumaika Lima dos Reis  
Bióquímico  
CRF-RR 465

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

04/05/2020 06:34

(\*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima  
06095-121 0640  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3705 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA

|                                          |                                       |                         |                      |
|------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| <b>Paciente:</b> Marlene Souza Silva     | <b>Sexo:</b> Feminino                 | <b>Nasc:</b> 29/01/1977 | <b>Idade:</b> 43 ANO |
| <b>Solicitação:</b> 20173927             | <b>Número Interno:</b>                | <b>Solicitante:</b>     |                      |
| <b>Origem:</b> CAN                       | <b>Setor:</b> CANARINHO ENFERMARIA 02 | <b>Leito:</b> 22        |                      |
| <b>Data de Emissão:</b> 13/04/2020 13:20 | <b>Recebimento:</b>                   |                         |                      |

### Resultado de Exame

Amostra: 2017392702

### DOSAGEM DE CREATININA

|                                                     |                  |                   |
|-----------------------------------------------------|------------------|-------------------|
| <b>Material:</b> SORO                               | <b>Resultado</b> | <b>Referência</b> |
| <b>Métodologia:</b> M11 - Cinético Picrato Alcalino |                  |                   |
| CREATININA                                          | 0.69 mg/dL       | 0.6 - 1.2 mg/dL   |

#### Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas. O uso recente de dipirona podem interferir nos níveis de creatinina dosada pelo método Enzimático.

### DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

|                                                                      |                  |                   |
|----------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|
| <b>Material:</b> SORO                                                | <b>Resultado</b> | <b>Referência</b> |
| <b>Métodologia:</b> M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase) |                  |                   |
| GLICOSE BASAL                                                        | 92.46 mg/dL      | 60.0 - 99.0 mg/dL |

### DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)

|                                                    |                  |                   |
|----------------------------------------------------|------------------|-------------------|
| <b>Material:</b> SORO                              | <b>Resultado</b> | <b>Referência</b> |
| <b>Métodologia:</b> M06 - Enzimático Colorimétrico |                  |                   |
| TGO                                                | 22.78 U/L        | 5.0 - 35.0 U/L    |

### DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)

|                                                       |                  |                   |
|-------------------------------------------------------|------------------|-------------------|
| <b>Material:</b> SORO                                 | <b>Resultado</b> | <b>Referência</b> |
| <b>Métodologia:</b> M16 - Cinético Uv (sem Piridoxal) |                  |                   |
| TGP                                                   | 8.63 U/L         | 5.0 - 35.0 U/L    |

### DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

|                                                |                  |                   |
|------------------------------------------------|------------------|-------------------|
| <b>Material:</b> SORO                          | <b>Resultado</b> | <b>Referência</b> |
| <b>Métodologia:</b> M17 - Cinético Uv (urease) |                  |                   |
| URÉIA                                          | 16.50 mg/dL      | 15.0 - 40.0 mg/dL |

### PCR - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

|                                              |                  |                   |
|----------------------------------------------|------------------|-------------------|
| <b>Material:</b> SORO                        | <b>Resultado</b> | <b>Referência</b> |
| <b>Métodologia:</b> M22 - Imunoturbidimetria |                  |                   |
| PROTEÍNA C REATIVA                           | 19.33 mg/L       | 0.0 - 8.0 mg/L    |



Helcinara S. Pacheco  
Bioquímica  
CRF- 220 - RR

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

04/05/2020 06:35

(\*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima  
Endereço: 2121 0645  
E-mail: hgr@hgr.gov.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3305 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

|                                          |                                        |                         |                      |
|------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| <b>Paciente:</b> Marlene Souza Silva     | <b>Sexo:</b> Feminino                  | <b>Nasc:</b> 29/01/1977 | <b>Idade:</b> 43 ANO |
| <b>Solicitação:</b> 20173927             | <b>Número Interno:</b>                 | <b>Solicitante:</b>     |                      |
| <b>Origem:</b> CAN                       | <b>Sector:</b> CANARINHO ENFERMARIA 02 | <b>Leito:</b> 22        |                      |
| <b>Data de Emissão:</b> 13/04/2020 13:20 | <b>Recebimento:</b>                    |                         |                      |

### Resultado de Exame

Amostra: 2017392701

### COAGULOGRAMA COMPLETO

**Material:** PLASMA

**Métodologia:** M33 - Automatizado (destiny Plus)

|                                         | Resultado | Referência      |
|-----------------------------------------|-----------|-----------------|
| TEMPO DE PROTROMBINA                    | 14,10 seg | 10.0 - 14.0 seg |
| RNI                                     | 1,01      | 0.8 - 1.2       |
| TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA | 27.0 seg  | 25.0 - 39.0 seg |
| RATIO                                   | 0,99      | 0.75 - 1.22     |

#### Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

Sumaika Lima dos Reis  
Bioquímico  
CRF-RR 465

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

04/05/2020 06:35

(\*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima  
Dx0051 2121 0640  
E-mail: ngriab@yaho.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3300 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA

22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_\_

PACIENTE **MARLENE SOUZA SILVA**

DIAGNÓSTICO **FX MALEOLO MEDIAL ESQ**

ALERGIAS **DIPIRONA E AINES** HAS \_\_\_\_\_ DM2 \_\_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_ LEITO **22** DATA **14/4/2020**

ÍTEM \_\_\_\_\_ PRESCRIÇÃO \_\_\_\_\_ HORÁRIO \_\_\_\_\_

1 DIETA ORAL LIVRE SND

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO MANTER

3 SF 0,9% 500ml EV ACM

4 OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

5 PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H **12 18 24**

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

7 ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN

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

9 SSVV + CCGG 6/6 H ROTINA

10 CURATIVO DIÁRIO **curativo**

11 \_\_\_\_\_

12 CEFTRIAXONE 1 G EV 12/12H **12 24** **10 24**

13 \_\_\_\_\_

14 \_\_\_\_\_

15 \_\_\_\_\_

16 \_\_\_\_\_

17 \_\_\_\_\_

19 \_\_\_\_\_

20 \_\_\_\_\_

22 \_\_\_\_\_

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:

CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP   |  |
|-------------|--------|----|----|--------|--|
| 6 H         | 120x80 | 66 | 20 | 36,5c  |  |
| 12 H        | 130/90 | 72 |    | 36,5c  |  |
| 18 H        | 110x70 | 67 |    | 36,1cc |  |
| 24 H        | 110x80 | 69 | 19 | 36,3c  |  |

*[Assinatura]*  
Dr. Santos da Silva  
Especialista em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2015

*17/04/2020 paciente em repouso  
efeito analgésico e  
sem febre*

*UBS: Ao observar a paciente no leito medicada e em 1º sem intercorrência segue aos cuidados de enfermagem*

*[Assinatura]*  
Auxiliar de Enfermagem  
RONE N. R. 000 461 072





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

Data: 31/04/2020Enfermaria: 02Leito: 22Nome Completo: Marlene Souza SilvaDN: 29/10/77

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: ( ) Sim ☒ Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotosAlergia: ☒ Sim ( ) Não Qual (s): Dipirona / Diclofenaco Sexo: ☒ F ( ) MPaciente Indígena: ☒ Não ( ) Sim Necessidade de intérprete? ( ) Sim ☒ Não Qual idioma:Possui acompanhante: ☒ Sim ( ) Não

Obs:

Deambulação: ( ) Normal ( ) Acamado ☒ Cadeira de rodas ( ) Comprometida:

## SISTEMA NEURÓLOGO

☒ Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Não Reage ( ) Alterações:

### PUPILAS

☒ Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriáticas  
( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes

### REGULAÇÃO TÉRMICA

☒ Afebril ( ) Febril ( ) Hipertérmico  
( ) Alterações:

## SISTEMA RESPIRATÓRIO

☒ Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ☒ Ar ambiente ( ) Traqueostomia ( ) Aspiração  
Oxigenoterapia ( ) Sim ☒ Não Qual:

### SISTEMA CARDIOVASCULAR

☒ Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico  
( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico  
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:

### REGULAÇÃO ABDOMINAL

☒ Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso  
Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente  
Alterações:

### SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

☒ Espontânea ( ) SVD ( ) Fralda ( ) Uropen  
( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Cistostomia  
( ) Irrigação contínua ( ) Outros:

### ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

☒ VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT  
Aceitação da dieta: ☒ Sim ( ) Não ( ) Parcial  
Evacuações: ( ) Presente ☒ Ausente ( ) Colostomia  
Alterações:

### CARACTERÍSTICAS DA PELE

☒ Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada  
( ) Normocorada ( ) Ictérica ( ) Anictérica  
Lesão por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região:Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente  
( ) Edema Local: Risco de Lesão Sinalizado:

## CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: ☒ Sim ( ) Não Local: MSD Data: 12.04.2020 Trocar em:       /      /        
Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não Local:        Curativo realizado em:        Trocar em:       /      /        
Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não  
Dreno de:        Aspecto da secreção:        Quantidade:         
Curativos: ☒ Sim ( ) Não Local: MI

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

|                                      |                                                    |                                     |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ( ) Deglutição Prejudicada           | ( ) Padrão respiratório ineficaz                   | ( ) Risco de Lesão por Pressão      |
| ( ) Risco de infecção                | ( ) Ventilação espontânea prejudicada              | ( ) Risco de Quedas                 |
| ( ) Risco de nutrição desequilibrada | ( ) Mobilidade física prejudicada                  | ( ) Risco de Broncoaspiração        |
| ( ) Risco de constipação             | ( ) Risco de integridade da pele prejudicada       | ( ) Eliminação urinária prejudicada |
| ( ) Risco de desequilíbrio do volume | ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | ( ) Comunicação deficiente          |
| ( ) Volume de líquidos excessivo     | ( ) Padrão de sono prejudicado                     |                                     |
| ( ) Volume de líquidos deficiente    | ( ) Déficit no autocuidado para Higiene            |                                     |

### Escala de Morse

|                                              |                                                      |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1. Histórico de Queda                        | 6. Estado Mental                                     |
| Não 0                                        | Orientado/limitado/conhece as limitações 0           |
| Sim 25                                       | Superestima capacidade/Esquece limitação 15          |
| 2. Diagnóstico Secundário                    | TOTAL:                                               |
| Não 0                                        | Risco Baixo: 0 - 24                                  |
| Sim 15                                       | Risco Médio: 25 - 44                                 |
| 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | Risco Alto: Maior que 45                             |
| Não 0                                        | Sinalização do Risco:                                |
| Sim 20                                       | ( ) Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem   |
| 4. Auxílio na Deambulação                    | ( ) Risco registrado na placa de identificação leito |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado 0                   |                                                      |
| Muleta/Bengala/Andador 15                    |                                                      |
| Mobiliário Parede 30                         |                                                      |
| 5. Marcha/Deambulação                        |                                                      |
| Normal/Sem deambulação/Acamado 0             |                                                      |
| Fraca 10                                     |                                                      |
| Comprometida/Cambaleante 20                  |                                                      |

### Prescrição de Cuidado Prev Quedas

|                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| ( ) Manter grades laterais elevadas                        |
| ( ) Identificar o risco de queda na placa de identificação |
| ( ) Auxiliar o paciente na higiene                         |
| ( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama    |
| ( ) Manter cama com rodas travadas                         |
| ( ) Necessidade de contenção ao leito                      |
| ( ) Manter vigilância de <u>      </u> horas.              |
| ( ) Calçado seguro nos pés                                 |
| ( ) Material de uso pessoal ao alcance da mão              |
| ( )                                                        |

### Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo:



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

| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM                              | HORÁRIO     |
|-------------------------------------------------------|-------------|
| ( ) Orientar presença de acompanhante                 |             |
| ( ) Proporcionar ambiente tranquilo, limpo e arejado  |             |
| ( ) Aferir e registrar os sinais vitais               | 12 18 24 06 |
| ( ) Administrar medicações prescritas                 |             |
| ( ) Estimular, auxiliar e supervisionar deambulação   |             |
| ( ) Manter cabeceira elevada                          |             |
| ( ) Verificar saturação de O <sub>2</sub>             |             |
| ( ) Observar e anotar características da dor          |             |
| ( ) Aplicar compressas ( ) frias ( ) mornas           |             |
| ( ) Observar e anotar edemas                          |             |
| ( ) Observar e anotar estado de consciência           |             |
| ( ) Verificar temperatura axilar                      |             |
| ( ) Observar e anotar padrão respiratório             |             |
| ( ) Observar sinais de cianose                        |             |
| ( ) Manter cabeceira elevada a ____ graus.            |             |
| ( ) Verificar e registrar glicemia ____ / ____ h      |             |
| ( ) Observar e anotar quantidade e aspecto da diurese |             |
| ( )                                                   |             |
| ( )                                                   |             |
| Prevenção de Lesão por Pressão                        |             |
| ( ) Realizar mudança de decúbito de ____ em ____ h    |             |
| ( ) Observar integridade da pele                      |             |
| ( ) Troca de Fralda                                   |             |
| ( )                                                   |             |
| ( )                                                   |             |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

# Paciente encontra-se em repouso no leito, apresenta afebril, c/ MTE desenhado, aguardando realização de ECG. + RX.

ASS:   
 Kamilla S. B.   
 Enfermeira   
 CHERWELL

PERÍODO NOTURNO

ASS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

paciente se encontra em repouso, aguardando ECG. + RX.


ASS:

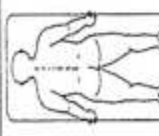

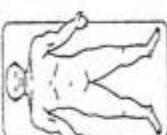
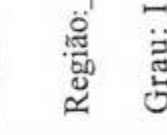

PERÍODO NOTURNO

URS. M. da C. da Silva, 17/04/2017. A paciente se encontra em repouso, aguardando realização de ECG. + RX. 36,3°C, PA = 120x80 mmHg, FC = 69 bpm, S.O. de 100% em O2. 1L de infusão em 1L.

ASS:   
 Kamilla S. B.   
 Enfermeira   
 CHERWELL

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                                                                               |                |            |                    |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|--------------------|--------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em                                                       | Protocolo nº 1 | Versão: 08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 2/2020 |
|                                                                                     | Paciente: <u>Mollete de Souza</u><br>Leito: <u>22</u> Data: <u>14/02/2020</u> |                |            |                    |                    |

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |   Região: <u>MLC</u><br>Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> ) |   Região: _____<br>Grau: I ( ) II ( ) |
| Etiologia                               | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : Tração Fixador Externo ortopedia<br>( ) Outro:                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                         |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                         |
| Pele Perilesional                       | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                         |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Serossanguineo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                         |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                         |
| Solução de Limpeza                      | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                         |
| Cobertura primária                      | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                         |
| Troca                                   | ( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                         |
| Profissional que realizou procedimento: | <br>Elisclécia Carvalho Gotado<br>Gerente de Núcleo<br>Tratamento de Feridas<br>Etilerapia                                                                                                          | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                                                         |
| Observações:                            | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                         |

22

|                                                                                                                                                                                                            |                                                   |       |    |      |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|----|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                             |                                                   |       |    |      |            |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO                                                                                                                                                                             |                                                   |       |    |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                       |                                                   |       |    |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                          |                                                   |       |    |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           |                                                   | E     |    | DN   |            |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                   | MARLENE SOUZA SILVA                               |       |    |      |            |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                             |       |    |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA E AINES                                  | HAS   |    | DM2  |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                      |                                                   | LEITO | 22 | DATA | 15/4/2020  |
| ÍTEM                                                                                                                                                                                                       | PRESCRIÇÃO                                        |       |    |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                  |       |    |      | SND        |
| 2                                                                                                                                                                                                          | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                          |       |    |      | MANTER     |
| 3                                                                                                                                                                                                          | SF 0,9% 500ml EV ACM                              |       |    |      | ACM        |
| 4                                                                                                                                                                                                          | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                          |       |    |      |            |
| 5                                                                                                                                                                                                          | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                     |       |    |      | 12 18 24 6 |
| 6                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN  |       |    |      | 22-24 SN   |
| 7                                                                                                                                                                                                          | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                        |       |    |      | SN         |
| 8                                                                                                                                                                                                          | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG |       |    |      | SN         |
| 9                                                                                                                                                                                                          | SSVV + CCGG 6/6 H                                 |       |    |      | ROTINA     |
| 10                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                   |       |    |      | M          |
| 11                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |    |      |            |
| 12                                                                                                                                                                                                         | CEFTRIAXONE 1 G EV 12/12H                         |       |    |      | 12 22      |
| 13                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |    |      |            |
| 14                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |    |      |            |
| 15                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |    |      |            |
| 16                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |    |      |            |
| 17                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |    |      |            |
| 19                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |    |      |            |
| 20                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |    |      |            |
| 22                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |    |      |            |
| 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. 200-250, 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                   |       |    |      |            |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                           |                                                   |       |    |      |            |

CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP |  |
|-------------|--------|----|----|------|--|
| 6 H         | 122x69 | 80 |    | 36,2 |  |
| 12 H        | 118/72 | 82 |    | 36   |  |
| 18 H        | 140/80 | 76 |    | 35,4 |  |
| 24 H        | 133x84 | 72 |    | 36,2 |  |

Dr. Lael do Santos da Silva  
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2015

Plantão matutino 6h-12h  
Atendimento LITE, realizado  
SSVV e medicação de rotina

8h. Administrado medicação  
e.p.m. após SSVV  
que não mudou.

Caroline Rocha de Aguiar  
Técnica de enfermagem  
CRM-RR 1997-TE

Plantão noturno: Administração de medicação  
e aferido SSVV.



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Paciente:

Leito:

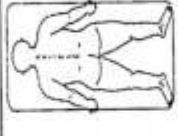

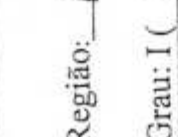


Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

*Marlene Joazeira Silva*

Data: 15/04/2020

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Região: <u>MLE</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Região: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Etiologia                               | <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ |                                                                                     | Grau: I ( ) II ( )<br><input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ |                                                                                     | Grau: I ( ) II ( )<br><input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Aparência do Leito                      | <input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros <u>Alcater / Sulfadiazina</u>                                                                          |                                                                                     | <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Pele Perilesional                       | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                   |                                                                                     | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Tipo de Exsudato                        | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguineo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                            |                                                                                     | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguineo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Quantidade de Exsudato                  | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Solução de Limpeza                      | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Cobertura primária                      | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: <u>AGC</u>                                                                                                                                                               |                                                                                     | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                          |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Troca                                   | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                     | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Profissional que realizou procedimento: | <br>Elisleide Carvalho Gotoda<br>Enfermeira<br>CRP 408.919-5/RR                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     | <br>Elisleide Carvalho Gotoda<br>Enfermeira<br>CRP 408.919-5/RR                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |



22

|                                                                                                                                                                |                                                   |       |    |      |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|----|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                 |                                                   |       |    |      |            |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO                                                                                                                                 |                                                   |       |    |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                           |                                                   |       |    |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                              |                                                   |       |    |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                               |                                                   | E     |    | DN   |            |
| PACIENTE                                                                                                                                                       | MARLENE SOUZA SILVA                               |       |    |      |            |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                    | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                             |       |    |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                       | DIPIRONA E AINES                                  | HAS   |    | DM2  |            |
| IDADE                                                                                                                                                          |                                                   | LEITO | 22 | DATA | 16/4/2020  |
| ÍTEM                                                                                                                                                           | PRESCRIÇÃO                                        |       |    |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                              | DIETA ORAL LIVRE                                  |       |    |      | SND        |
| 2                                                                                                                                                              | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                          |       |    |      | MANTER     |
| 3                                                                                                                                                              | SF 0,9% 500ml EV ACM                              |       |    |      | ACM        |
| 4                                                                                                                                                              | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                          |       |    |      | 6          |
| 5                                                                                                                                                              | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                     |       |    |      | 12 18 24 6 |
| 6                                                                                                                                                              | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN  |       |    |      | SN         |
| 7                                                                                                                                                              | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                        |       |    |      | SN         |
| 8                                                                                                                                                              | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG |       |    |      | SN         |
| 9                                                                                                                                                              | SSVV + CCGG 6/6 H                                 |       |    |      | ROTINA     |
| 10                                                                                                                                                             | CURATIVO DIÁRIO                                   |       |    |      | 7h         |
| 11                                                                                                                                                             | Plasil 10mg EV a 8h (GN)                          |       |    |      | 12         |
| 12                                                                                                                                                             |                                                   |       |    |      |            |
| 13                                                                                                                                                             |                                                   |       |    |      |            |
| 14                                                                                                                                                             |                                                   |       |    |      |            |
| 15                                                                                                                                                             |                                                   |       |    |      |            |
| 16                                                                                                                                                             |                                                   |       |    |      |            |
| 17                                                                                                                                                             |                                                   |       |    |      |            |
| 19                                                                                                                                                             |                                                   |       |    |      |            |
| 20                                                                                                                                                             |                                                   |       |    |      |            |
| 22                                                                                                                                                             |                                                   |       |    |      |            |
| 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 |                                                   |       |    |      |            |
| EVOLUÇÃO MÉDICA.                                                                                                                                               |                                                   |       |    |      |            |

CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP  |
|-------------|--------|----|----|-------|
| 6 H         |        |    |    |       |
| 12 H        | 110x70 | 80 |    | 36,00 |
| 18 H        |        |    |    |       |
| 24 H        | 120x70 | 82 |    | 36,40 |

1 mel do Sinto da Silva  
vinciente de Almeida e Traumatologia  
2015

16/04, 12:00; LOTE; Acamada, NRO  
DIETA VO DEITA 1 ACP @ 6h  
USO MSO: INURIA E URINACAO  
Paciente TEVE NAUSE E  
VÔMITO FEIN PLASIL a 12:00.

Jetro Nunes  
COREN-RR 218.845-TE

18h pot ~ o leito, administração  
medicação de Horário 6h.  
A 06h.  
PA-100x60-80  
T-36,6°C

Edmar de Almeida Matos  
Enferm.  
COREN-RR 907672-TEC

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F**Data: 16 / 04 / 2020

Enfermaria:

Leito: 22Nome Completo: Marlene Souza SilvaDN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Hipótese Diagnóstica: Fratura Malcoço Esq.Precaução: ( ) Sim ( ☒ ) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotosAlergia: ( ) Sim ( ☒ ) Não Qual (is): \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ F ( ) MPaciente Indígena: ☒ Não ( ) Sim Necessidade de intérprete? ( ) Sim ( ) Não Qual idioma: \_\_\_\_\_Possui acompanhante: ( ) Sim ( ☒ ) Não Obs: \_\_\_\_\_Deambulação: ( ) Normal ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ☒ ) Comprometida: \_\_\_\_\_**SISTEMA NEURÓLOGO**( ☒ ) Consciente ( ☒ ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Não Reage ( ) Alterações: \_\_\_\_\_**PUPILAS**( ☒ ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midríatica ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes**REGULAÇÃO TÉRMICA**

( ) Afebril ( ) Febril ( ) Hipertérmico ( ) Alterações: \_\_\_\_\_

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**( ☒ ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia ( ) Aspiração  
Oxigenoterapia ( ) Sim ( ☒ ) Não Qual: \_\_\_\_\_**SISTEMA CARDIOVASCULAR**( ☒ ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico ( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico  
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_**REGULAÇÃO ABDOMINAL**( ☒ ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso  
Ruidos Hidroaéreos: ( ☒ ) Presente ( ) Ausente  
Alterações: \_\_\_\_\_**SISTEMA URINÁRIO / DIURESE**( ☒ ) Espontânea ( ) SVD ( ) Fralda ( ) Uropen ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Outros: \_\_\_\_\_**ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL**( ☒ ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT  
Aceitação da dieta: ( ☒ ) Sim ( ) Não ( ) Parcial  
Evacuações: ( ) Presente ( ☒ ) Ausente ( ) Colostomia**CARACTERÍSTICAS DA PELE**( ☒ ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Normocorada ( ) Ictérica ( ) Anictérica  
Lesão por pressão: ( ) Sim ( ☒ ) Não Região: \_\_\_\_\_Alterações: \_\_\_\_\_  
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente  
( ) Edema Local: \_\_\_\_\_

Risco de Lesão Sinalizado: \_\_\_\_\_

**CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS**Cateter Periférico: ( ☒ ) Sim ( ) Não Local: MSD Data: 16.04.2020 Trocar em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Cateter Central: ( ) Sim ( ☒ ) Não Local: --- Curativo realizado em: --- Trocar em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não  
Dreno de: --- Aspecto da secreção: --- Quantidade: ---  
Curativos: ( ☒ ) Sim ( ) Não Local: MIE**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

|                                      |                                                    |                                     |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ( ) Deglutição Prejudicada           | ( ) Padrão respiratório ineficaz                   | ( ) Risco de Lesão por Pressão      |
| ( ) Risco de infecção                | ( ) Ventilação espontânea prejudicada              | ( ) Risco de Quedas                 |
| ( ) Risco de nutrição desequilibrada | ( ) Mobilidade física prejudicada                  | ( ) Risco de Broncoaspiração        |
| ( ) Risco de constipação             | ( ) Risco de integridade da pele prejudicada       | ( ) Eliminação urinária prejudicada |
| ( ) Risco de desequilíbrio do volume | ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | ( ) Comunicação deficiente          |
| ( ) Volume de líquidos excessivo     | ( ) Padrão de sono prejudicado                     |                                     |
| ( ) Volume de líquidos deficiente    | ( ) Déficit no autocuidado para Higiene            |                                     |

**Escala de Morse**

|                                                     |                                                      |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b>1. Histórico de Queda</b>                        | <b>6. Estado Mental</b>                              |
| Não 0                                               | Orientado/limitado/conhece as limitações 0           |
| Sim 15                                              | Supereestima capacidade/Esquece limitação 15         |
| <b>2. Diagnóstico Secundário</b>                    | <b>TOTAL:</b>                                        |
| Não 0                                               | Risco Baixo: 0 - 24                                  |
| Sim 15                                              | Risco Médio: 25 - 44                                 |
| <b>3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado</b> | Risco Alto: Maior que 45                             |
| Não 0                                               | Sinalização do Risco:                                |
| Sim 20                                              | ( ) Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem   |
| <b>4. Auxílio na Deambulação</b>                    | ( ) Risco registrado na placa de identificação leito |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado 0                          |                                                      |
| Muleta/Bengala/Andador 15                           |                                                      |
| Mobiliário Parede 30                                |                                                      |
| <b>5. Marcha/Deambulação</b>                        |                                                      |
| Normal/Sem deambulação/Acamado 0                    |                                                      |
| Fraca 10                                            |                                                      |
| Comprometida/Cambaleante 20                         |                                                      |

**Prescrição de Cuidado Prev Quedas**

|                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| ( ) Manter grades laterais elevadas                        |
| ( ) Identificar o risco de queda na placa de identificação |
| ( ) Auxiliar o paciente na higiene                         |
| ( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama    |
| ( ) Manter cama com rodas travadas                         |
| ( ) Necessidade de contenção ao leito                      |
| ( ) Manter vigilância de <u>___</u> horas.                 |
| ( ) Calçado seguro nos pés                                 |
| ( ) Material de uso pessoal ao alcance da mão              |
| ( )                                                        |

**Registro Geral:**

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



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

[illegible][illegible][illegible]

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

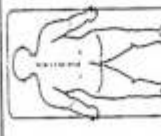
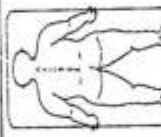

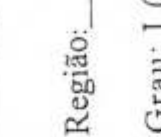
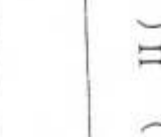

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: Roslene Sousa Silva

Leito: 22 Data: 16/04/20

|                                         |                                                                                                                                                                                             |                                                          |                                                                                   |                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |                                                                                                          | Região: <u>ME</u>                                        |  | Região: _____                                                                                                                                               |
| Etiologia                               | <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: _____ Tracção _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____ | Grau: I ( ) II (X) 4X                                    |  | Grau: I ( ) II ( )                                                                                                                                          |
| Aparência do Leito                      | <input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização<br>(X) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____                             |                                                          |  | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: _____ Tracção _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____ |
| Pele Perilesional                       | ( ) Normal (X) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                                                                    |                                                          |  | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                                    |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                                                  |                                                          |   | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                  |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                                              |                                                          |                                                                                   | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                              |
| Solução de Limpeza                      | (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                                                 |                                                          |                                                                                   | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                 |
| Cobertura primária                      | (X) Gaze (X) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>(X) Outro: <u>Ag8</u>                                                                                           |                                                          |                                                                                   | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____                                                                |
| Troca                                   | ( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                                             |                                                          |                                                                                   | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                             |
| Profissional que realizou procedimento: | <u>Barbara de Brito N. Vieira</u><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-RR 440 700                                                                                                             | <u>Juliane Moreira</u><br>Enfermeira<br>COREN-RR 440 534 | <u>Elisleyda Carmo</u><br>Enfermeira<br>COREN-RR 440 534                          |                                                                                                                                                             |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                             |                                                          |                                                                                   |                                                                                                                                                             |

22

|                                      |                                                     |       |    |      |            |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|----|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                     |       |    |      |            |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                     |       |    |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                     |       |    |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                     |       |    |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                     | E     |    | DN   |            |
| PACIENTE                             | MARLENE SOUZA SILVA                                 |       |    |      |            |
| DIAGNÓSTICO                          | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                               |       |    |      |            |
| ALERGIAS                             | DIPIRONA E AINES                                    | HAS   | N  | DM2  | N          |
| IDADE                                |                                                     | LEITO | 22 | DATA | 17/4/2020  |
| ÍTEM                                 | PRESCRIÇÃO                                          |       |    |      | HORÁRIO    |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                    |       |    |      | SND        |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                            |       |    |      | MANTER     |
| 3                                    | SF 0,9% 500ml EV ACM                                |       |    |      | ACM        |
| 4                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                            |       |    |      | 6          |
| 5                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                       |       |    |      | 12 18 24 6 |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN    |       |    |      | SN         |
| 7                                    | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                          |       |    |      | SN         |
| 8                                    | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG |       |    |      | SN         |
| 9                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |       |    |      | ROTINA     |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                     |       |    |      | M          |
| 11                                   |                                                     |       |    |      |            |
| 12                                   |                                                     |       |    |      |            |
| 13                                   |                                                     |       |    |      |            |
| 14                                   |                                                     |       |    |      |            |
| 15                                   |                                                     |       |    |      |            |
| 16                                   |                                                     |       |    |      |            |
| 17                                   |                                                     |       |    |      |            |
| 19                                   |                                                     |       |    |      |            |
| 20                                   |                                                     |       |    |      |            |
| 22                                   |                                                     |       |    |      |            |

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. CAU: 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Dr. Bruno Vieira de Lima  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1231

CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ

| SINAIS VITA | PA       | FC | FR | TEMP   |
|-------------|----------|----|----|--------|
| 6 H         | 102 x 50 | 61 |    | 36,2°C |
| 12 H        | 131 x 91 | 85 |    | 35,8°C |
| 18 H        | 122 x 80 |    |    | 35,6°C |
| 24 H        | 110 x 60 | 72 |    | 36,2°C |

12h: Pct. segue no leito, sem queixas algicas, item 5, não administrado, o período SSVV, segue dos cuidados

Após SSVV segue nos cuidados  
Após 25 Volem. parando a med. e segue nos cuidados  
de cuidados de rotina

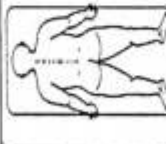

## DO CLIPATIVO

Comunidade de Foidas-

Leito: 

Paciente: Marlene de Sousa Silva

**Data:** 710412020

| Localização                             | <br>Região: _____<br>Grau: I ( ) II (x) III ( )                                                            | <br>Região: _____<br>Grau: I ( ) II (x) III ( )                                                            |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etiologia                               | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>(x) Trauma : Tração Fixador Externo (x) Ortopedia<br>( ) Outro: _____                                               | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : Tração Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro: _____                                               |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo (x) Granulação ( ) Epitelização<br>(x) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____                                                               | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____                                                                |
| Pele Perilesional                       | (x) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                                                                      | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                                                                      |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (x) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                                                    | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo<br>( ) Outro: _____                                                                                                             |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado (x) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                                                | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                                                |
| Solução de Limpeza                      | (x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                                                   | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool                                                                                                                                       |
| Cobertura primária                      | (x) Gaze (x) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>(x) Outro: A.C.C.                                                                                                 | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( )<br>( ) Outro: _____                                                                                                           |
| Troca                                   | ( ) 12/12 (x) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                                               | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                          |
| Profissional que realizou procedimento: | Assessoria Médica Especializada em Ortopedia e Traumatologia<br>Dr. Alexandre de M. Silva<br>CRM: 10.123/45678<br>Endereço: Rua da Saúde, 100 - Centro - São Paulo/SP<br>Fone: (11) 3333-4444 | Assessoria Médica Especializada em Ortopedia e Traumatologia<br>Dr. Alexandre de M. Silva<br>CRM: 10.123/45678<br>Endereço: Rua da Saúde, 100 - Centro - São Paulo/SP<br>Fone: (11) 3333-4444 |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                               |

22

|                                                                                                                                                                                                            |                                                   |       |     |      |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----|------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                             |                                                   |       |     |      |             |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO                                                                                                                                                                             |                                                   |       |     |      |             |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                       |                                                   |       |     |      |             |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                          |                                                   |       |     |      |             |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           |                                                   | E     |     | DN   |             |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                   | MARLENE SOUZA SILVA                               |       |     |      |             |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                             |       |     |      |             |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA E AINES                                  | HAS   | NÃO | DM2  | NÃO         |
| IDADE                                                                                                                                                                                                      |                                                   | LEITO | 22  | DATA | 18/4/2020   |
| ÍTEM                                                                                                                                                                                                       | PRESCRIÇÃO                                        |       |     |      | HORÁRIO     |
| 1                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                  |       |     |      | SND         |
| 2                                                                                                                                                                                                          | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                          |       |     |      | MANTER      |
| 3                                                                                                                                                                                                          | SF 0,9% 500ml EV ACM                              |       |     |      | ACM         |
| 4                                                                                                                                                                                                          | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                          |       |     |      | 6h          |
| 5                                                                                                                                                                                                          | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                     |       |     |      | 12h 18h 24h |
| 6                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN  |       |     |      | SN          |
| 7                                                                                                                                                                                                          | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                        |       |     |      | SN          |
| 8                                                                                                                                                                                                          | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG |       |     |      | SN          |
| 9                                                                                                                                                                                                          | SSVV + CCGG 6/6 H                                 |       |     |      | ROTINA      |
| 10                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                   |       |     |      |             |
| 11                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |             |
| 12                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |             |
| 13                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |             |
| 14                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |             |
| 15                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |             |
| 16                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |             |
| 17                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |             |
| 18                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |             |
| 19                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |             |
| 20                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |             |
| 21                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |             |
| 22                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |             |
| 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:                                                                                                                                                                                           |                                                   |       |     |      |             |
| CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |             |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                              | PA                                                | FC    | FR  | TEMP |             |
| 6 H                                                                                                                                                                                                        | 100x70                                            | 92    | 20  | 36,6 |             |
| 12 H                                                                                                                                                                                                       | 110x80                                            | 89    | 22  | 36,5 |             |
| 18 H                                                                                                                                                                                                       | 110x60                                            | 85    | 20  | 36,5 |             |
| 24 H                                                                                                                                                                                                       | 100x80                                            | 77    | 29  | 36,3 |             |


Dr. Lael do Santos da Silva  
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RJ 2015

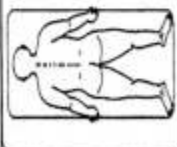
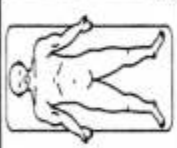
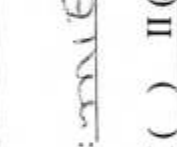

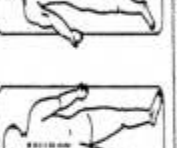
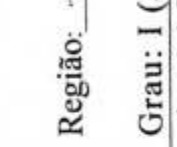
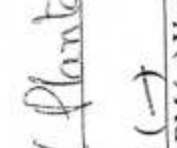
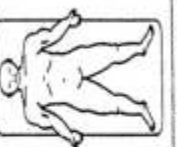
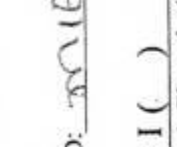



VBS: As 18:00 da dia 28/04/20, (O paciel) a paciente moleto m  
licada e Pm e sm intercorrência e segue aos cuidados  
de enfermagem

Josiane de Souza Araújo  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 009 451 072



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                             |                                      |                             |                    |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------|---------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em     | Protocolo n° 1                       | Versão: 08                  | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas - HGR | Paciente: <u>Marlene Souza Silva</u> | Data: <u>18 / 04 / 2020</u> |                    |                     |
| Leito: <u>22</u>                                                                    |                             |                                      |                             |                    |                     |

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

22

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                   |       |     |      |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                       |                                                   |       |     |      |            |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO                                                                                                                                                                                       |                                                   |       |     |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                 |                                                   |       |     |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                    |                                                   |       |     |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                     |                                                   | E     |     | DN   |            |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                             | MARLENE SOUZA SILVA                               |       |     |      |            |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                          | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                             |       |     |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                             | DIPIRONA E AINES                                  | HAS   | NÃO | DM2  | NÃO        |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                |                                                   | LEITO | 22  | DATA | 19/4/2020  |
| ÍTEM                                                                                                                                                                                                                 | PRESCRIÇÃO                                        |       |     |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                    | DIETA ORAL LIVRE                                  |       |     |      | SND        |
| 2                                                                                                                                                                                                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                          |       |     |      | MANTER     |
| 3                                                                                                                                                                                                                    | SF 0,9% 500ml EV ACM                              |       |     |      | ACM        |
| 4                                                                                                                                                                                                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                          |       |     |      | -6         |
| 5                                                                                                                                                                                                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                     |       |     |      | 12 18 24 6 |
| 6                                                                                                                                                                                                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN  |       |     |      | SN         |
| 7                                                                                                                                                                                                                    | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                        |       |     |      | SN         |
| 8                                                                                                                                                                                                                    | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG |       |     |      | SN         |
| 9                                                                                                                                                                                                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                 |       |     |      | ROTINA     |
| 10                                                                                                                                                                                                                   | CURATIVO DIÁRIO                                   |       |     |      |            |
| 11                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 12                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 13                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 14                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 15                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 17                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 19                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 20                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 22                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |       |     |      |            |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:<br>6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML.<br>GLICOSE ≥ 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                   |       |     |      |            |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ

Dr. Bruno Vieira de Lima  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1231

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP |  |
|-------------|--------|----|----|------|--|
| 6 H         | 120x80 | 75 | -  | 36,2 |  |
| 12 H        | 144/87 | 75 | -  | 36°C |  |
| 18 H        | 128/79 | 72 | -  | 37°C |  |
| 24 H        | 130/80 | 74 |    | 36°C |  |

22

|                                      |                                                     |       |     |      |            |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|-----|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                     |       |     |      |            |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                     |       |     |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                     |       |     |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                     |       |     |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                     | E     |     | DN   |            |
| PACIENTE                             | MARLENE SOUZA SILVA                                 |       |     |      |            |
| DIAGNÓSTICO                          | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                               |       |     |      |            |
| ALERGIAS                             | DIPIRONA E AINES                                    | HAS   | NÃO | DM2  | NÃO        |
| IDADE                                |                                                     | LEITO | 22  | DATA | 20/4/2020  |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO                                          |       |     |      | HORÁRIO    |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                    |       |     |      | SND        |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                            |       |     |      | MANTER     |
| 3                                    | SF 0,9% 500ml EV ACM                                |       |     |      | ACM        |
| 4                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                            |       |     |      | 6          |
| 5                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                       |       |     |      | 12 18 24 6 |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN    |       |     |      | SN         |
| 7                                    | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                          |       |     |      | SN         |
| 8                                    | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG |       |     |      | SN         |
| 9                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |       |     |      | ROTINA     |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                     |       |     |      |            |
| 11                                   |                                                     |       |     |      |            |
| 12                                   |                                                     |       |     |      |            |
| 13                                   |                                                     |       |     |      |            |
| 14                                   |                                                     |       |     |      |            |
| 15                                   |                                                     |       |     |      |            |
| 16                                   |                                                     |       |     |      |            |
| 17                                   |                                                     |       |     |      |            |
| 19                                   |                                                     |       |     |      |            |
| 20                                   |                                                     |       |     |      |            |
| 22                                   |                                                     |       |     |      |            |

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:

PENDENTE ECG E RISCO

Pcte 1/0. LEIXAS

BEB, ccc com EUPNEIA HIDRATAÇÃO.

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP  |  |
|-------------|--------|----|----|-------|--|
| 6 H         | 120x70 | -  | -  | 36.0  |  |
| 12 H        | 130x90 | 85 | -  | 36.2  |  |
| 18 H        | 120x80 | 88 | -  | 36.0  |  |
| 24 H        | 110x80 | -  | -  | 36.12 |  |

Dr. Lael do Santos da Silveira  
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2015

12h Realizada medicação e SSVV matutina CPM de rotina

18:00h. Fez SSVV, CPM. a med.

CPM. Ceftriaxona

06h post em repouso no leito, lucido, orientado; respirando em ambiente, normotenso; funções fisiológicas presentes

22

|                                                                                                                                                                                                            |                                                   |       |     |      |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----|------|-----------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                             |                                                   |       |     |      |           |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO                                                                                                                                                                             |                                                   |       |     |      |           |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                       |                                                   |       |     |      |           |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                          |                                                   |       |     |      |           |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           |                                                   | E     |     | DN   |           |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                   | MARLENE SOUZA SILVA                               |       |     |      |           |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                             |       |     |      |           |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA E AINES                                  | HAS   | NÃO | DM2  | NÃO       |
| IDADE                                                                                                                                                                                                      |                                                   | LEITO | 22  | DATA | 21/4/2020 |
| ÍTEM                                                                                                                                                                                                       | PRESCRIÇÃO                                        |       |     |      | HORÁRIO   |
| 1                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                  |       |     |      | SND       |
| 2                                                                                                                                                                                                          | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                          |       |     |      | MANTER    |
| 3                                                                                                                                                                                                          | SF 0,9% 500ml EV ACM                              |       |     |      | ACM       |
| 4                                                                                                                                                                                                          | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                          |       |     |      | 18h       |
| 5                                                                                                                                                                                                          | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                     |       |     |      | 12 18 24h |
| 6                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN  |       |     |      | SN        |
| 7                                                                                                                                                                                                          | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                        |       |     |      | SN        |
| 8                                                                                                                                                                                                          | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG |       |     |      | SN        |
| 9                                                                                                                                                                                                          | SSVV + CCGG 6/6 H                                 |       |     |      | ROTINA    |
| 10                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                   |       |     |      |           |
| 11                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |           |
| 12                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |           |
| 13                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |           |
| 14                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |           |
| 15                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |           |
| 16                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |           |
| 17                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |           |
| 18                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |           |
| 19                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |           |
| 20                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |           |
| 22                                                                                                                                                                                                         |                                                   |       |     |      |           |
| 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:                                                                                                                                                                                           |                                                   |       |     |      |           |

PENDENTE ECG E RISCO

Lael Silva (Res Ortop)  
CRM/RR 2015  
Loamir Viana (Res Ortop)  
CRM/RR 2124  
Don Martins (Res Ortop)  
CRM/RR 2038  
Bruno Vieira (Res Ortop)  
CRM/RR 1231

| SINAIS VITA | PA     | FC  | FR | TEMP   |
|-------------|--------|-----|----|--------|
| 6 H         | 125x77 | 74  |    | 36.6°C |
| 12 H        | 110/79 | 83  |    | 36.3°C |
| 18 H        | 110/75 | 77  |    | 36.4°C |
| 24 H        | 123x84 | 90. |    | 36.9°C |

19as 07hs -> Paciente medicada CRM, aferido  
OS SSVV. Tec: Benivalda

22

|                                      |                                                   |       |     |      |            |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                   |       |     |      |            |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                   |       |     |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                   |       |     |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                   |       |     |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                   | E     |     | DN   |            |
| PACIENTE                             | MARLENE SOUZA SILVA                               |       |     |      |            |
| DIAGNÓSTICO                          | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                             |       |     |      |            |
| ALERGIAS                             | DIPIRONA E AINES                                  | HAS   | NÃO | DM2  | NÃO        |
| IDADE                                |                                                   | LEITO | 22  | DATA | 22/4/2020  |
| ÍTEM                                 | PRESCRIÇÃO                                        |       |     |      | HORÁRIO    |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                  |       |     |      | SND        |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                          |       |     |      | MANTER     |
| 3                                    | SF 0,9% 500ml EV ACM                              |       |     |      | ACM        |
| 4                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                          |       |     |      | 6          |
| 5                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                     |       |     |      | 12 18 24 6 |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN  |       |     |      | SN         |
| 7                                    | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                        |       |     |      | SN         |
| 8                                    | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG |       |     |      | SN         |
| 9                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                 |       |     |      | ROTINA     |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                   |       |     |      |            |
| 11                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 12                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 13                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 14                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 15                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 16                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 17                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 19                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 20                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 22                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 23                                   |                                                   |       |     |      |            |

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

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

## PENDENTE ECG E RISCO

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP  |                                         |
|-------------|--------|----|----|-------|-----------------------------------------|
| 6 H         | 110x70 | 69 |    | 35.7° | Lael Silva (Res Ortop)<br>CRM/RR 2015   |
| 12 H        | 125x83 | 77 |    | 36.2° | Loamir Viana (Res Ortop)<br>CRM/RR 2124 |
| 18 H        | 140x70 | 84 |    | 35.1° | Don Martins (Res Ortop)<br>CRM/RR 2038  |
| 24 H        | 120x80 | 83 |    | 36°   | Bruno Vieira (Res Ortop)<br>CRM/RR 1231 |

Reina Marcelle da S. Campello  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 903.942 - TF


12:00h - Adm. medicação  
55VU - 12/4/2020  
18:00h: Adm. medicação  
Realizado 55VU / COREN 976694

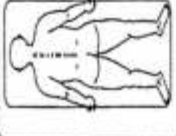

06h - Afundo 55VU. ADM. as med.  
CPM. Sem queixas, segue com  
cuidados da enfermagem.

COREN-RR 903.942 - TF



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                                |                         |            |                    |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------|------------|--------------------|---------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em        | Protocolo nº 1          | Versão: 08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas -<br>HGR |                         |            |                    |                     |
| Paciente: <u>marlene S. Silva</u>                                                   |                                | Data: <u>22/04/2020</u> |            |                    |                     |
| Leito: <u>22</u>                                                                    |                                |                         |            |                    |                     |

|                                         |                                                                                                                                                                        |                                            |                                                                                                                                           |                                     |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Localização                             |                                                                                     | Região: <u>M.I.E</u><br>Grau: I ( ) II (x) |                                                          | Região: _____<br>Grau: I ( ) II ( ) |
| Etiologia                               | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>(x) Trauma : Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro:                              |                                            | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: |                                     |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (x) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                                               |                                            | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                  |                                     |
| Pele Perilesional                       | ( ) Normal (x) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                                                     |                                            | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                        |                                     |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento (x) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                   |                                            | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                      |                                     |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado (x) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                         |                                            | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                            |                                     |
| Solução de Limpeza                      | (x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                            |                                            | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                               |                                     |
| Cobertura primária                      | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>(x) Outro: <u>Bactran AG</u>                                                               |                                            | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                    |                                     |
| Troca                                   | ( ) 12/12 (x) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                        |                                            | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                           |                                     |
| Profissional que realizou procedimento: | <u>Projete Moreira</u><br>CORE-RR 453.554<br>Núcleo de Enfermagem<br>Unidade de Pronto Atendimento<br>Rua da Saúde, 100<br>CEP: 46.050-000<br>Telefone: (15) 3333-3333 |                                            |                                                                                                                                           |                                     |
| Observações:                            | <u>Projete Moreira</u><br>CORE-RR 453.554<br>Núcleo de Enfermagem<br>Unidade de Pronto Atendimento<br>Rua da Saúde, 100<br>CEP: 46.050-000<br>Telefone: (15) 3333-3333 |                                            |                                                                                                                                           |                                     |



7

22

|                                      |                                                      |       |     |      |                       |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------|-------|-----|------|-----------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                      |       |     |      |                       |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                      |       |     |      |                       |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                      |       |     |      |                       |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                      |       |     |      |                       |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                      | E     |     | DN   |                       |
| PACIENTE                             | MARLENE SOUZA SILVA                                  |       |     |      |                       |
| DIAGNÓSTICO                          | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                                |       |     |      |                       |
| ALERGIAS                             | DIPIRONA E AINES                                     | HAS   | NÃO | DM2  | NÃO                   |
| IDADE                                |                                                      | LEITO | 22  | DATA | 23/4/2020             |
| ÍTEM                                 | PRESCRIÇÃO                                           |       |     |      | HORÁRIO               |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                     |       |     |      | SND                   |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                             |       |     |      | MANTER                |
| 3                                    | SF 0,9% 500ml EV ACM                                 |       |     |      | ACM                   |
| 4                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                             |       |     |      | 6                     |
| 5                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H <i>com Paracetamol</i> |       |     |      | <del>12 18 24 6</del> |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN     |       |     |      | SN                    |
| 7                                    | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                           |       |     |      | SN                    |
| 8                                    | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG    |       |     |      | SN                    |
| 9                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                    |       |     |      | ROTINA                |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                      |       |     |      | M                     |
| 11                                   |                                                      |       |     |      |                       |
| 12                                   |                                                      |       |     |      |                       |
| 13                                   |                                                      |       |     |      |                       |
| 14                                   |                                                      |       |     |      |                       |
| 15                                   |                                                      |       |     |      |                       |
| 16                                   |                                                      |       |     |      |                       |
| 17                                   |                                                      |       |     |      |                       |
| 19                                   |                                                      |       |     |      |                       |
| 20                                   |                                                      |       |     |      |                       |
| 22                                   |                                                      |       |     |      |                       |
| 23                                   |                                                      |       |     |      |                       |

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

PENDENTE ECG E RISCO

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP |                          |
|-------------|--------|----|----|------|--------------------------|
| 6 H         | 100/80 | 84 |    | 36,3 | Lael Silva (Res Ortop)   |
| 12 H        | 111/88 | -  | -  | 36,0 | CRM/RR 2015              |
| 18 H        | 111/70 | 69 |    | 36,0 | Loamir Viana (Res Ortop) |
| 24 H        | 118/83 | 86 |    | 36,2 | CRM/RR 2124              |

Loamir Viana (Res Ortop)  
CRM/RR 2124  
Don Martins (Res Ortop)  
CRM/RR 2038  
Bruna Vieira (Res Ortop)  
CRM/RR 1231

11. Paciente no leito com ventosidade SSVV sem queixas cardiorrespiratórias.

18/04/2020 paciente no 220  
falta monitor por  
SSV/VV seguir em  
ambos os membros (44007995)

05:00 Realizado Coleta

*J. Ferro*  
Jaqueline Inácio Ferro  
Aux. de Enfermagem  
COREN-RR 556.273

23 das 19h às 07:30h  
04 Administrado  
20 medicado de  
20 Horário, sendo  
Sinais vitais.

*Raimunda L. de Souza*  
Raimunda L. de Souza  
COREN-RR 60.842-1E

|                                      |                                                     |       |     |      |           |                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|-----|------|-----------|-------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                     |       |     |      |           |                   |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                     |       |     |      |           |                   |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                     |       |     |      |           |                   |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                     |       |     |      |           |                   |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                     | E     |     | DN   |           |                   |
| PACIENTE                             | MARLENE SOUZA SILVA                                 |       |     |      |           |                   |
| DIAGNÓSTICO                          | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                               |       |     |      |           |                   |
| ALERGIAS                             | DIPIRONA E AINES                                    | HAS   | NÃO | DM2  | NÃO       |                   |
| IDADE                                |                                                     | LEITO | 22  | DATA | 24/4/2020 |                   |
| ÍTEM                                 | PRESCRIÇÃO                                          |       |     |      |           | HORÁRIO           |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                    |       |     |      |           | SN                |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                            |       |     |      |           | MANTER            |
| 3                                    | SF 0,9% 500ml EV ACM                                |       |     |      |           | ACM               |
| 4                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                            |       |     |      |           |                   |
| 5                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H <i>cl paciente...</i> |       |     |      |           | <i>12/18/24/6</i> |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN    |       |     |      |           | SN                |
| 7                                    | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                          |       |     |      |           | SN                |
| 8                                    | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG   |       |     |      |           | SN                |
| 9                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |       |     |      |           | ROTINA            |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                     |       |     |      |           |                   |
| 11                                   |                                                     |       |     |      |           |                   |
| 12                                   |                                                     |       |     |      |           |                   |
| 13                                   |                                                     |       |     |      |           |                   |
| 14                                   |                                                     |       |     |      |           |                   |
| 15                                   |                                                     |       |     |      |           |                   |
| 16                                   |                                                     |       |     |      |           |                   |
| 17                                   |                                                     |       |     |      |           |                   |
| 19                                   |                                                     |       |     |      |           |                   |
| 20                                   |                                                     |       |     |      |           |                   |
| 22                                   |                                                     |       |     |      |           |                   |
| 23                                   |                                                     |       |     |      |           |                   |

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)  
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI

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

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP   |
|-------------|--------|----|----|--------|
| 6 H         | 120/80 | 80 | -  | 36     |
| 12 H        | 128/83 |    |    | 36,3°C |
| 18 H        | 120/80 |    |    | 36,40  |
| 24 H        | 120/80 | 72 | -  | 36,6   |

2 as 19h - Pate acordada, coniente no tempo e espaço, e a pte  
viva. DVP membro superior direito, quitou-se de dor no acesso.

NOME: Marlene Souza Silva

IDADE: 43 anos

22

| FATORES DE RISCO                                      | PTS |
|-------------------------------------------------------|-----|
| Idade acima de 70 anos                                | 5   |
| IAM há menos de 6 meses                               | 10  |
| B3 ou Estase Jugular                                  | 11  |
| Importante Estenose Aórtica                           | 3   |
| Eletrocardiograma:                                    | 7   |
| - Ritmo não sinusal ou ESSV                           | ( ) |
| - Mais de 5 ESV em qualquer momento antes da cirurgia | ( ) |
| Estado geral e laboratorial:                          | 3   |
| - PO <sub>2</sub> < 60 ou PCO <sub>2</sub> > 50       | ( ) |
| - K < 3 mEq/L                                         | ( ) |
| - HCO <sub>3</sub> < 20mEq/L                          | ( ) |
| - Uréia > 100mg/dl ou Creatinina > 3mg/dl             | ( ) |
| - AST anormal                                         | ( ) |
| - Paciente acamado por causa não cardíaca             | ( ) |
| Cirurgia Intraabdominal, Intratorácica ou Aórtica     | 3   |
| Cirurgia de Emergência                                | 4   |

| CLASSE            | RISCO DE COMPLICAÇÃO | RISCO DE ÓBITO |
|-------------------|----------------------|----------------|
| I<br>(0-5pts)     | 0,7%                 | 0,2%           |
| II<br>(6-12pts)   | 5,0%                 | 2,0%           |
| III<br>(13-24pts) | 11%                  | 17%            |
| IV<br>( >25pts)   | 22%                  | 56%            |

H.D.A:

H.P.P.: hipertensão arterial sistêmica

Cirurgias prévias: logopatia refluxo gástrico e diarreia

H.FAM.: φ

Tabagismo: φ

Etilismo: φ

Exame físico: supino

A.C.: RR 18 bpm

PA: 120 x 80 mmHg FC: 72 bpm FR: 20 irpm

Exames Laboratoriais:

- Hb 12,5 g/dl; Ht 35 %; Leucócitos 11.030 PLT 163.000 ;

- TC - TS - TAP 34" INR 1,0

- Glicose: 92 Uréia: 36 Creat: 0,6 TGO: 22 TGP: 8

Radiografia de Tórax: ST (N)

ECG: RS, ST (N)

Comentários: paciente em tratamento

Boa Vista/RR, 24/04/2020

Luís Amélia Moura de Oliveira  
Clínica Médica / Cardiologia  
CRM: 10.123  
Assinatura

22

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |       |     |      |                |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|------|----------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                                                                                                                                                                                                 |       |     |      |                |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                                                                                                                                                                                                 |       |     |      |                |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                                                                                                                                                                                                 |       |     |      |                |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                                                                                                                                                                                                 |       |     |      |                |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                                                                                                                                                                                                 | E     |     | DN   |                |
| PACIENTE                             | MARLENE SOUZA SILVA                                                                                                                                                                                                             |       |     |      |                |
| DIAGNÓSTICO                          | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                                                                                                                                                                                                           |       |     |      |                |
| ALERGIAS                             | DIPIRONA E AINES                                                                                                                                                                                                                | HAS   | NÃO | DM2  | NÃO            |
| IDADE                                |                                                                                                                                                                                                                                 | LEITO | 22  | DATA | 25/4/2020      |
| ÍTEM                                 | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                      |       |     |      | HORÁRIO        |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                                |       |     |      | SND            |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                                                                                                                                                                                        |       |     |      | MANTER         |
| 3                                    | SF 0,9% 500ml EV ACM                                                                                                                                                                                                            |       |     |      | ACM            |
| 4                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                                                                                                                                                                                                        |       |     |      | 6 <sup>h</sup> |
| 5                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H <i>cl. paciente.</i>                                                                                                                                                                              |       |     |      | 12/18/24-6     |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN                                                                                                                                                                                |       |     |      | SN             |
| 7                                    | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                                                                                                                                                                                                      |       |     |      | SN             |
| 8                                    | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG                                                                                                                                                                               |       |     |      | SN             |
| 9                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                                               |       |     |      | ROTINA         |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                                                 |       |     |      |                |
| 11                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |       |     |      |                |
| 12                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |       |     |      |                |
| 13                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |       |     |      |                |
| 14                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |       |     |      |                |
| 15                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |       |     |      |                |
| 16                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |       |     |      |                |
| 17                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |       |     |      |                |
| 19                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |       |     |      |                |
| 20                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |       |     |      |                |
| 22                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |       |     |      |                |
| 23                                   | <p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)<br/> CONFORME ESQUEMA: 200-250. 2UI. 251-300. 4UI. 301-350.<br/> 6UI. 351-400. 8UI. ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML.<br/> GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> |       |     |      |                |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

PENDENTE ECG E RISCO

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP   |                                         |
|-------------|--------|----|----|--------|-----------------------------------------|
| 6 H         |        |    |    |        |                                         |
| 12 H        | 120/88 | 95 |    | 35,9°C | Lael Silva (Res Ortop)<br>CRM/RR 2015   |
| 18 H        | 99/67  | 79 |    | 36,9°C | Loamir Viana (Res Ortop)<br>CRM/RR 2124 |
| 24 H        | 130x90 | 81 |    | 35,7°C | Don Martins (Res Ortop)<br>CRM/RR 2038  |
|             |        |    |    |        | Bruno Vieira (Res Ortop)<br>CRM/RR 1231 |

15:00 Paciente recusa colocação de AVP e item de medicação 5, por esta sem dor. *Téc. Charlene*

|                                      |                                                   |       |     |      |             |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----|------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                   |       |     |      |             |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                   |       |     |      |             |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                   |       |     |      |             |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                   |       |     |      |             |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                   | E     |     | DN   |             |
| PACIENTE                             | MARLENE SOUZA SILVA                               |       |     |      |             |
| DIAGNÓSTICO                          | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                             |       |     |      |             |
| ALERGIAS                             | DIPIRONA E AINES                                  | HAS   | NÃO | DM2  | NÃO         |
| IDADE                                |                                                   | LEITO | 22  | DATA | 26/4/2020   |
| ÍTEM                                 | PRESCRIÇÃO                                        |       |     |      | HORÁRIO     |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                  |       |     |      | SND         |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                          |       |     |      | MANTER      |
| 3                                    | SF 0,9% 500ml EV ACM                              |       |     |      | ACM         |
| 4                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                          |       |     |      | 6*          |
| 5                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                     |       |     |      | 12 18 24 06 |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN  |       |     |      | SN          |
| 7                                    | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                        |       |     |      | SN          |
| 8                                    | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG |       |     |      | SN          |
| 9                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                 |       |     |      | ROTINA      |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                   |       |     |      | MANHÃ       |
| 11                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 12                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 13                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 14                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 15                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 16                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 17                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 19                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 20                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 22                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 23                                   |                                                   |       |     |      |             |

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

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK

AG CIRURGIA

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP |
|-------------|--------|----|----|------|
| 6 H         | 130x70 | 83 |    | 36,2 |
| 12 H        | 140x97 | 84 |    | 36,2 |
| 18 H        | 131x91 | 80 |    | 36,4 |
| 24 H        | 130x70 | 75 |    | 36,2 |

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

paciente no leito, estando sem queixas após o SSVV e sig-  
da evolução da enfermagem



22

|                                      |                                                     |       |     |      |               |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|-----|------|---------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                     |       |     |      |               |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                     |       |     |      |               |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                     |       |     |      |               |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                     |       |     |      |               |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                     |       | E   |      | DN            |
| PACIENTE                             | MARLENE SOUZA SILVA                                 |       |     |      |               |
| DIAGNÓSTICO                          | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                               |       |     |      |               |
| ALERGIAS                             | DIPIRONA E AINES                                    | HAS   | NÃO | DM2  | NÃO           |
| IDADE                                |                                                     | LEITO | 22  | DATA | 26/4/2020     |
| ÍTEM                                 | PRESCRIÇÃO                                          |       |     |      | HORÁRIO       |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                    |       |     |      | SND           |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                            |       |     |      | MANTER        |
| 3                                    | SF 0,9% 500ml EV ACM                                |       |     |      | ACM           |
| 4                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                            |       |     |      | 6             |
| 5                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                       |       |     |      | 12, 18, 24 06 |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN    |       |     |      | SN            |
| 7                                    | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                          |       |     |      | SN            |
| 8                                    | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG |       |     |      | SN            |
| 9                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |       |     |      | ROTINA        |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                     |       |     |      | MANHÃ         |
| 11                                   |                                                     |       |     |      |               |
| 12                                   |                                                     |       |     |      |               |
| 13                                   |                                                     |       |     |      |               |
| 14                                   |                                                     |       |     |      |               |
| 15                                   |                                                     |       |     |      |               |
| 16                                   |                                                     |       |     |      |               |
| 17                                   |                                                     |       |     |      |               |
| 19                                   |                                                     |       |     |      |               |
| 20                                   |                                                     |       |     |      |               |
| 22                                   |                                                     |       |     |      |               |
| 23                                   |                                                     |       |     |      |               |

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK

AG CIRURGIA

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP |                          |
|-------------|--------|----|----|------|--------------------------|
| 6 H         | 120/60 | 90 |    | 36,2 | Lael Silva (Res Ortop)   |
| 12 H        | 120x20 | 82 |    | 35,9 | CRM/RR 2015              |
| 18 H        | 120/90 | 78 |    | 35,8 | Loamir Viana (Res Ortop) |
| 24 H        | 110/40 | 62 |    | 36,2 | CRM/RR 2124              |
|             |        |    |    |      | Don Martins (Res Ortop)  |
|             |        |    |    |      | CRM/RR 2038              |
|             |        |    |    |      | Bruno Vieira (Res Ortop) |
|             |        |    |    |      | CRM/RR 1231              |


12.00h. Exame SSVV, adm. a med. CPM.

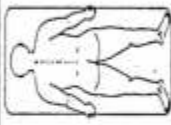









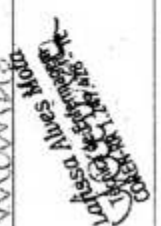

18h. Administrado medicações  
2.p.m. Exame SSVV, segue em  
melhor:

Jaqueline da Silva  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 54997-TE

Cláudia M. Araújo  
Téc. de Enfermagem  
CRM-RR 1231

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                                |                                      |                         |                    |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em        | Protocolo                            | Versão: 08              | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 2/2020 |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas -<br>HGR | Paciente: <u>Martins Souza Silva</u> | Data: <u>27/04/2020</u> |                    |                    |

|                                         |                                                                                                                                                                           |                                                                                       |                                                                                     |                                                                                                                          |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |                                                                                        | Região: <u>MIE</u>                                                                    |    | Região: _____                                                                                                            |
| Etiologia                               | <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: | Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )                                |    | Grau: I ( ) II ( )                                                                                                       |
| Aparência do Leito                      | <input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                  |                                                                                       |    | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros |
| Pele Perilesional                       | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                                                        |                                                                                       |    | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                       |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo ( ) Seco.<br>( ) Outro:                                                     |                                                                                       |    | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                     |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido ( ) Seco                                                                                                            |                                                                                       |    | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                           |
| Solução de Limpeza                      | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                               |                                                                                       |    | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                              |
| Cobertura primária                      | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: <u>Curativo Aglutinante</u>                        |                                                                                       |    | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                   |
| Troca                                   | ( ) 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <u>Amambé</u> ( ) 48/48h                                                                                             |                                                                                       |    | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                          |
| Profissional que realizou procedimento: | Adonilde Vieira Araujo<br>Técnica em Enfermagem<br>COREN-RR 507.795/TE                                                                                                    |  |  |                                                                                                                          |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                           |                                                                                       |                                                                                     |                                                                                                                          |

Glislete Oliveira Nogueira  
Cirurgiã e Feridas  
Tratada em Enfermeira  
488.579-ENF  
Coten-RR

22

|                                      |                                                   |       |     |      |             |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----|------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                   |       |     |      |             |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                   |       |     |      |             |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                   |       |     |      |             |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                   |       |     |      |             |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                   | E     |     | DN   |             |
| PACIENTE                             | MARLENE SOUZA SILVA                               |       |     |      |             |
| DIAGNÓSTICO                          | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                             |       |     |      |             |
| ALERGIAS                             | DIPIRONA E AINES                                  | HAS   | NÃO | DM2  | NÃO         |
| IDADE                                |                                                   | LEITO | 22  | DATA | 28/4/2020   |
| ÍTEM                                 | PRESCRIÇÃO                                        |       |     |      | HORÁRIO     |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                  |       |     |      | SND         |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                          |       |     |      | MANTER      |
| 3                                    | SF 0,9% 500ml EV ACM                              |       |     |      | ACM         |
| 4                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                          |       |     |      | 6           |
| 5                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                     |       |     |      | 12 18 24 06 |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN  |       |     |      | SN          |
| 7                                    | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                        |       |     |      | SN          |
| 8                                    | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG |       |     |      | SN          |
| 9                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                 |       |     |      | ROTINA      |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                   |       |     |      | MANHÃ       |
| 11                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 12                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 13                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 14                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 15                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 16                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 17                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 18                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 19                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 20                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 21                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 22                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 23                                   |                                                   |       |     |      |             |

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 M.L EV + AVISAR PLANTONISTA

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK

AG CIRURGIA

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP |
|-------------|--------|----|----|------|
| 6 H         |        |    |    |      |
| 12 H        | 110/70 | 82 |    | 36,4 |
| 18 H        | 119/70 | 69 |    | 36,4 |
| 24 H        | 133/78 | 78 |    | 36,4 |

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

12/11 paciente no risco  
furo muito pequeno  
- ssvv 16/16



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

Data: 28/04/2020

Enfermaria: 02

Leito: 22

Nome Completo: Marlene Souza Silva

DN: 1/1/

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: ( ) Sim (X) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos

Alergia: (X) Sim ( ) Não Qual(is): Dipirona / Diclofenaco Sexo: (X) F ( ) M

Paciente Indígena: ( ) Não ( ) Sim Necessidade de intérprete? ( ) Sim ( ) Não Qual idioma:

Possui acompanhante: (X) Sim ( ) Não Obs:

Deambulação: ( ) Normal ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas (X) Comprometida:

## SISTEMA NEURÓLOGO

(X) Consciente (X) Orientado ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Não Reage ( ) Alterações:

### PUPILAS

(X) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midríatica ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes

### REGULAÇÃO TÉRMICA

(X) Afebril ( ) Febril ( ) Hipertérmico ( ) Alterações:

## SISTEMA RESPIRATÓRIO

(X) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico (X) Ar ambiente ( ) Traqueostomia ( ) Aspiração Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não Qual:

### SISTEMA CARDIOVASCULAR

(X) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico ( ) Pulso Chelo ( ) Filiforme ( ) Arritmico Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:

### REGULAÇÃO ABDOMINAL

(X) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente Alterações:

### SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

(X) Espontânea ( ) SVD ( ) Fralda ( ) Uropen ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Outros:

### ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

(X) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT Aceitação da dieta: (X) Sim ( ) Não ( ) Parcial Evacuações: ( ) Presente (X) Ausente ( ) Colostomia Alterações:

### CARACTERÍSTICAS DA PELE

(X) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Normocorada ( ) Ictérica ( ) Anictérica Lesão por pressão: ( ) Sim (X) Não Região:

( ) Edema Local: Risco de Lesão Sinalizado:

## CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não Local: 1.2.3.4 Data: Trocar em: Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não Local: Curativo realizado em: Trocar em: Sinais de infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade: Curativos: (X) Sim ( ) Não Local: MIE.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

|                                      |                                                    |                                     |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ( ) Deglutição Prejudicada           | ( ) Padrão respiratório ineficaz                   | ( ) Risco de Lesão por Pressão      |
| ( ) Risco de infecção                | ( ) Ventilação espontânea prejudicada              | ( ) Risco de Quedas                 |
| ( ) Risco de nutrição desequilibrada | ( ) Mobilidade física prejudicada                  | ( ) Risco de Broncoaspiração        |
| ( ) Risco de constipação             | ( ) Risco de integridade da pele prejudicada       | ( ) Eliminação urinária prejudicada |
| ( ) Risco de desequilíbrio do volume | ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | ( ) Comunicação deficiente          |
| ( ) Volume de líquidos excessivo     | ( ) Padrão de sono prejudicado                     |                                     |
| ( ) Volume de líquidos deficiente    | ( ) Déficit no autocuidado para Higiene            |                                     |

### Escala de Morse

|                                              |                                                         |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. Histórico de Queda                        | 6. Estado Mental                                        |
| Não 0                                        | Orientado/limitado/conhece as limitações 0              |
| Sim 25                                       | Superestima capacidade/Esquece limitação 15             |
| 2. Diagnóstico Secundário                    | TOTAL:                                                  |
| Não 0                                        | Risco Baixo: 0 - 24                                     |
| Sim 15                                       | Risco Médio: 25 - 44                                    |
| 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | Risco Alto: Maior que 45                                |
| Não 0                                        | Sinalização do Risco:                                   |
| Sim 20                                       | ( ) Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem      |
| 4. Auxílio na Deambulação                    | ( ) Risco registrado na placa de identificação do leito |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado 0                   |                                                         |
| Muleta/Bengala/Andador 15                    |                                                         |
| Mobiliário Parede 30                         |                                                         |
| 5. Marcha/Deambulação                        |                                                         |
| Normal/Sem deambulação/Acamado 0             |                                                         |
| Fraca 10                                     |                                                         |
| Comprometida/Cambaleante 20                  |                                                         |

### Prescrição de Cuidado Prev Quedas

|                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| ( ) Manter grades laterais elevadas                        |
| ( ) Identificar o risco de queda na placa de identificação |
| ( ) Auxiliar o paciente na higiene                         |
| ( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama    |
| ( ) Manter cama com rodas travadas                         |
| ( ) Necessidade de contenção ao leito                      |
| ( ) Manter vigilância de / horas.                          |
| ( ) Calçado seguro nos pés                                 |
| ( ) Material de uso pessoal ao alcance da mão              |

### Registro Geral:

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



22

|                                      |                                                   |       |     |      |              |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----|------|--------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                   |       |     |      |              |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                   |       |     |      |              |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                   |       |     |      |              |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                   |       |     |      |              |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                   | E     |     | DN   |              |
| PACIENTE                             | MARLENE SOUZA SILVA                               |       |     |      |              |
| DIAGNÓSTICO                          | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                             |       |     |      |              |
| ALERGIAS                             | DIPIRONA E AINES                                  | HAS   | NÃO | DM2  | NÃO          |
| IDADE                                |                                                   | LEITO | 22  | DATA | 29/4/2020    |
| ÍTEM                                 | PRESCRIÇÃO                                        |       |     |      | HORÁRIO      |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                  |       |     |      | SND          |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                          |       |     |      | MANTER       |
| 3                                    | SF 0,9% 500ml EV ACM                              |       |     |      | ACM          |
| 4                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                          |       |     |      | (6) Revisar  |
| 5                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                     |       |     |      | 12 18 24 06. |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN  |       |     |      | SN           |
| 7                                    | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                        |       |     |      | SN           |
| 8                                    | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG |       |     |      | SN           |
| 9                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                 |       |     |      | ROTINA       |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                   |       |     |      | MANHÃ        |
| 11                                   |                                                   |       |     |      |              |
| 12                                   |                                                   |       |     |      |              |
| 13                                   |                                                   |       |     |      |              |
| 14                                   |                                                   |       |     |      |              |
| 15                                   |                                                   |       |     |      |              |
| 16                                   |                                                   |       |     |      |              |
| 17                                   |                                                   |       |     |      |              |
| 19                                   |                                                   |       |     |      |              |
| 20                                   |                                                   |       |     |      |              |
| 22                                   |                                                   |       |     |      |              |
| 23                                   |                                                   |       |     |      |              |

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK

AG CIRURGIA

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP |
|-------------|--------|----|----|------|
| 6 H         | 100x70 | 75 | 17 | 36,2 |
| 12 H        | 114/76 | 70 | -  | 36,0 |
| 18 H        | 116/79 | 70 | -  | 35,8 |
| 24 H        | 100x70 | 64 | 17 | 36,3 |

Lael Silva (Res Ortop)  
CRM/RR 2015  
Loamir Viana (Res Ortop)  
CRM/RR 2124  
Don Martins (Res Ortop)  
CRM/RR 2038  
Bruno Vieira (Res Ortop)  
CRM/RR 1231

06:00 Paciente no leito, refere dor moderada, administrada medicação c.p.m., exame item (4) paciente reage aos procedimentos. Segue sob cuidados da enfermagem. Tee

22

|                                      |                                                   |       |     |      |             |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----|------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                   |       |     |      |             |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                   |       |     |      |             |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                   |       |     |      |             |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                   |       |     |      |             |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                   | E     |     | DN   |             |
| PACIENTE                             | MARLENE SOUZA SILVA                               |       |     |      |             |
| DIAGNÓSTICO                          | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                             |       |     |      |             |
| ALERGIAS                             | DIPIRONA E AINES                                  | HAS   | NÃO | DM2  | NÃO         |
| IDADE                                |                                                   | LEITO | 22  | DATA | 30/4/2020   |
| ÍTEM                                 | PRESCRIÇÃO                                        |       |     |      | HORÁRIO     |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                  |       |     |      | SND         |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                          |       |     |      | MANTER      |
| 3                                    | SF 0,9% 500ml EV ACM                              |       |     |      | ACM         |
| 4                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                          |       |     |      |             |
| 5                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                     |       |     |      | 12 18 24 06 |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN  |       |     |      | SN          |
| 7                                    | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                        |       |     |      | SN          |
| 8                                    | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG |       |     |      | SN          |
| 9                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                 |       |     |      | ROTINA      |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                   |       |     |      | MANHÃ       |
| 11                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 12                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 13                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 14                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 15                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 16                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 17                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 19                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 20                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 22                                   |                                                   |       |     |      |             |
| 23                                   |                                                   |       |     |      |             |

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

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK

AG CIRURGIA

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP |
|-------------|--------|----|----|------|
| 6 H         | 140x84 | 75 |    | 36.0 |
| 12 H        | 130x78 | 71 |    | 36.7 |
| 18 H        | 130x80 | 72 |    | 36.0 |
| 24 H        | 130x80 | 70 |    | 36.0 |

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

12h - 3pt. no leito, sem queixas algicas, aferindo SSVV satisfatório

prontidão de recuperação = paciente sem queixas

na período SSVV, S e C e nos cuidados da enfermagem.

Francinilde P. da  
COREN - RR 355.76





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

Data: 30/04/2020Enfermaria: 02Leito: 22Nome Completo: Marlene Sousa SilvaDN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Precaução: ( ) Sim ☒ Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotosAlergia: ☒ Sim ( ) Não Qual (is): Dipirona / Diclofenaco Sexo: ☒ F ( ) MPaciente Indígena: ☒ Não ( ) Sim Necessidade de intérprete? ( ) Sim ☒ Não Qual idioma: \_\_\_\_\_Possui acompanhante: ☒ Sim ( ) Não Obs: \_\_\_\_\_Deambulação: ( ) Normal ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ☒ Comprometida: \_\_\_\_\_

## SISTEMA NEURÓLOGO

☒ Consciente ☒ Orientado ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Não Reage ( ) Alterações: \_\_\_\_\_

### PUPILAS

☒ Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriática  
( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes

### REGULAÇÃO TÉRMICA

☒ Afebril ( ) Febril ( ) Hipertérmico  
( ) Alterações: \_\_\_\_\_

## SISTEMA RESPIRATÓRIO

☒ Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ☒ Ar ambiente ( ) Traqueostomia ( ) Aspiração  
Oxigenoterapia ☒ Sim ( ) Não Qual: \_\_\_\_\_

## SISTEMA CARDIOVASCULAR

☒ Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico  
( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico  
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_

## REGULAÇÃO ABDOMINAL

☒ Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso  
Ruídos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente  
Alterações: \_\_\_\_\_

## SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

☒ Espontânea ( ) SVD ( ) Fralda ( ) Uropen  
( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Cistostomia  
( ) Irrigação contínua: ( ) Outros: \_\_\_\_\_

## ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

☒ VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT  
Aceitação da dieta: ☒ Sim ( ) Não ( ) Parcial  
Evacuações: ( ) Presente ☒ Ausente ( ) Colostomia  
Alterações: \_\_\_\_\_

## CARACTERÍSTICAS DA PELE

☒ Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada  
( ) Normocorada ( ) Ictérica ( ) Anictérica  
Lesão por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região: \_\_\_\_\_☒ Edema Local: \_\_\_\_\_  
Risco de Lesão Sinalizado: \_\_\_\_\_

## CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: ( ) Sim ☒ Não Local: St Acesso Data: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Cateter Central: ( ) Sim ☒ Não Local: \_\_\_\_\_ Curativo realizado em: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não  
Dreno de: \_\_\_\_\_ Aspecto da secreção: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_  
Curativos: ☒ Sim ( ) Não Local: MSE

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

|                                      |                                                    |                                     |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ( ) Deglutição Prejudicada           | ( ) Padrão respiratório ineficaz                   | ( ) Risco de Lesão por Pressão      |
| ( ) Risco de infecção                | ( ) Ventilação espontânea prejudicada              | ( ) Risco de Quedas                 |
| ( ) Risco de nutrição desequilibrada | ( ) Mobilidade física prejudicada                  | ( ) Risco de Broncoaspiração        |
| ( ) Risco de constipação             | ( ) Risco de integridade da pele prejudicada       | ( ) Eliminação urinária prejudicada |
| ( ) Risco de desequilíbrio do volume | ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | ( ) Comunicação deficiente          |
| ( ) Volume de líquidos excessivo     | ( ) Padrão de sono prejudicado                     |                                     |
| ( ) Volume de líquidos deficiente    | ( ) Déficit no autocuidado para Higiene            |                                     |

### Escala de Morse

|                                              |                                                      |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1. Histórico de Queda                        | 6. Estado Mental                                     |
| Não 0                                        | Orientado/limitado/conhece as limitações 0           |
| Sim 25                                       | Superestima capacidade/Esquece limitação 15          |
| 2. Diagnóstico Secundário                    | TOTAL:                                               |
| Não 0                                        | Risco Baixo: 0 - 24                                  |
| Sim 15                                       | Risco Médio: 25 - 44                                 |
| 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | Risco Alto: Maior que 45                             |
| Não 0                                        | Sinalização do Risco:                                |
| Sim 20                                       | ( ) Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem   |
| 4. Auxílio na Deambulação                    | ( ) Risco registrado na placa de identificação leito |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado 0                   |                                                      |
| Muleta/Bengala/Andador 15                    |                                                      |
| Mobiliário Parede 30                         |                                                      |
| 5. Marcha/Deambulação                        |                                                      |
| Normal/Sem deambulação/Acamado 0             |                                                      |
| Fraca 10                                     |                                                      |
| Comprometida/Cambaleante 20                  |                                                      |

### Prescrição de Cuidado Prev Quedas


|                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| ( ) Manter grades laterais elevadas                        |
| ( ) Identificar o risco de queda na placa de identificação |
| ( ) Auxiliar o paciente na higiene                         |
| ( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama    |
| ( ) Manter cama com rodas travadas                         |
| ( ) Necessidade de contenção ao leito                      |
| ( ) Manter vigilância de <u>___</u> horas.                 |
| ( ) Calçado seguro nos pés                                 |
| ( ) Material de uso pessoal ao alcance da mão              |
| ( )                                                        |

### Registro Geral:

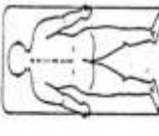
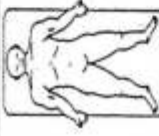
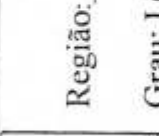
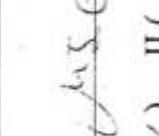

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |  |                                                           |  |                         |            |                    |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|-------------------------|------------|--------------------|--------------------|
|  |  | Núcleo de Enfermagem em<br>Tratamento de Feridas -<br>HGR |  | Protocolo nº 1          | Versão: 08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 2/2020 |
| Paciente: <u>João Carlos de Souza Silva</u>                                         |  | Leito: <u>22</u>                                          |  | Data: <u>30/04/2020</u> |            |                    |                    |

| Localização                             |                                                                                                                                                                                                                                       |                    |           | Região: <u>JSC</u><br>Grau: I (✓) II ( ) |  |  | Região: _____<br>Grau: I ( ) II ( )                                                            |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etiologia                               | <input type="checkbox"/> LPP I III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: |                                                                                                       |                                                                                              |                                          |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                                |
| Aparência do Leito                      | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo (A) Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros                                                                  |                                                                                                       |                                                                                              |                                          |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                                |
| Pele Perilesional                       | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                   |                                                                                                       |                                                                                              |                                          |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                                |
| Tipo de Exsudato                        | <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                            |                                                                                                       |                                                                                              |                                          |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                                |
| Quantidade de Exsudato                  | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                       |                                                                                              |                                          |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                                |
| Solução de Limpeza                      | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%                                                                                                                                                                         |                                                                                                       |                                                                                              |                                          |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                                |
| Cobertura primária                      | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                          |                                                                                                       |                                                                                              |                                          |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                                |
| Troca                                   | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                       |                                                                                              |                                          |                                                                                     |                                                                                     | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h |
| Profissional que realizou procedimento: | <u>Solima Paula F. do Silva</u><br>Téc. em Enfermagem<br>COREN-RR 934.311                                                                                                                                                                                                                                                | <u>Ana Carolina da Silva Garcia</u><br>Gerente de Nucleo<br>Gerente de Enfermagem<br>COREN-RR 934.822 | <u>Carvalho Gotado</u><br>Gerente de Nucleo<br>Gerente de Enfermagem<br>COREN-RR 488.579-ENF |                                          |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                                |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                       |                                                                                              |                                          |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                                |

2 2 2

|                                      |                                                   |       |           |      |                 |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----------|------|-----------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                   |       |           |      |                 |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                   |       |           |      |                 |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                   |       |           |      |                 |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                   |       |           |      |                 |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                   | E     |           | DN   |                 |
| PACIENTE                             | <b>MARLENE SOUZA SILVA</b>                        |       |           |      |                 |
| DIAGNÓSTICO                          | <b>FX MALEOLO MEDIAL ESQ</b>                      |       |           |      |                 |
| ALERGIAS                             | <b>DIPIRONA E AINES</b>                           | HAS   | NÃO       | DM2  | NÃO             |
| IDADE                                |                                                   | LEITO | <b>22</b> | DATA | <b>1/5/2020</b> |
| ÍTEM                                 | PRESCRIÇÃO                                        |       |           |      | HORÁRIO         |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                  |       |           |      | SND             |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                          |       |           |      | MANTER          |
| 3                                    | SF 0,9% 500ml EV ACM                              |       |           |      | ACM             |
| 4                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                          |       |           |      | (6) 5m AP.      |
| 5                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H SN                  |       |           |      | SN              |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN  |       |           |      | SN              |
| 7                                    | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                        |       |           |      | SN              |
| 8                                    | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG |       |           |      | SN              |
| 9                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                 |       |           |      | ROTINA          |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                   |       |           |      | MANHÃ           |
| 11                                   |                                                   |       |           |      |                 |
| 12                                   |                                                   |       |           |      |                 |
| 13                                   |                                                   |       |           |      |                 |
| 14                                   |                                                   |       |           |      |                 |
| 15                                   |                                                   |       |           |      |                 |
| 16                                   |                                                   |       |           |      |                 |
| 17                                   |                                                   |       |           |      |                 |
| 19                                   |                                                   |       |           |      |                 |
| 20                                   |                                                   |       |           |      |                 |
| 22                                   |                                                   |       |           |      |                 |
| 23                                   |                                                   |       |           |      |                 |

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

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
**# EXAME FÍSICO:** BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK

AG CIRURGIA

| SINAIS VITA/PA | FC     | FR | TEMP |
|----------------|--------|----|------|
| 6 H            | 123/86 | 79 | 35.8 |
| 12 H           | 120/81 | 69 | 36.4 |
| 18 H           | 132/72 | 68 | 36.4 |
| 24 H           | 120/80 | 66 | 36.4 |

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 1038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231


03/05/19: Verificado SSVV + curativo  
 [Assinatura]

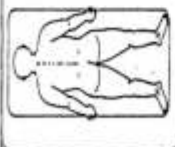
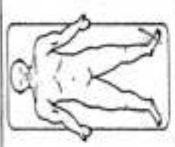

19 as 07 - adm. med epm .  
afendo SSV. Segue  
aos cuidados da enfermagem,

Marta Antônia Costa  
Aux. da Enfermagem  
Cofre nº 149.294



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                                |                       |            |                    |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|------------|--------------------|--------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em        | Protocolo nº 1        | Versão: 08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 2/2020 |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas -<br>HGR |                       |            |                    |                    |
| Paciente: <u>Marlene Souza Silva</u>                                                |                                | Data: <u>01/05/20</u> |            |                    |                    |
| Leito: <u>00122</u>                                                                 |                                |                       |            |                    |                    |

| Localização                             |                                                                                                                                        |  | Região: <u>MIC</u><br>Grau: I ( ) II ( / )                                                                            |  | Região: _____<br>Grau: I ( ) II ( ) |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Etiologia                               | <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma : Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ |                                                                                     |                                                                                                                       |                                                                                     |                                     |
| Aparência do Leito                      | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( / ) Granulação ( ) Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____                                               |                                                                                     |                                                                                                                       |                                                                                     |                                     |
| Pele Perilesional                       | <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                       |                                                                                     |                                     |
| Tipo de Exsudato                        | <input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( / ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                    |                                                                                     |                                                                                                                       |                                                                                     |                                     |
| Quantidade de Exsudato                  | <input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                                                                                       |                                                                                     |                                     |
| Solução de Limpeza                      | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                               |                                                                                     |                                                                                                                       |                                                                                     |                                     |
| Cobertura primária                      | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                         |                                                                                     |                                                                                                                       |                                                                                     |                                     |
| Troca                                   | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                      |                                                                                     |                                                                                                                       |                                                                                     |                                     |
| Profissional que realizou procedimento: | <b>Maria de Fátima N. Viana</b><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-RR 449.709                                                                                                                                             | <b>Jucilene Moreira</b><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-RR 433.554               | <b>Elisleteia Carvalho Gotado</b><br>Gerente de Núcleo<br>Tratamento de Feridas<br>ERM/RR 579-ENF<br>COREN-RR 449.709 |                                                                                     |                                     |
| Observações:                            | <u>Marlene Souza Silva</u><br><u>01/05/20</u><br><b>Jucilene Moreira</b><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-RR 449.709                                                                                                    |                                                                                     |                                                                                                                       |                                                                                     |                                     |





53  
JL

|                                      |                                                   |       |     |      |                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----|------|-----------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                   |       |     |      |                       |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                   |       |     |      |                       |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                   |       |     |      |                       |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                   |       |     |      |                       |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                   | E     |     | DN   |                       |
| PACIENTE                             | MARLENE SOUZA SILVA                               |       |     |      |                       |
| DIAGNÓSTICO                          | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                             |       |     |      |                       |
| ALERGIAS                             | DIPIRONA E AINES                                  | HAS   | NÃO | DM2  | NÃO                   |
| IDADE                                |                                                   | LEITO | 22  | DATA | 3/5/2020              |
| ÍTEM                                 | PRESCRIÇÃO                                        |       |     |      | HORÁRIO               |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE, 26no APOI 22h                   |       |     |      | SND                   |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                          |       |     |      | MANTER                |
| 3                                    | SF 0,9% 500ml EV <del>ACM</del> 8/8h              |       |     |      | <del>ACM</del> 22h/14 |
| 4                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                          |       |     |      | 6                     |
| 5                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H SN                  |       |     |      | SN                    |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN  |       |     |      | SN                    |
| 7                                    | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                        |       |     |      | SN                    |
| 8                                    | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG |       |     |      | SN                    |
| 9                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                 |       |     |      | ROTINA                |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                   |       |     |      | MANHÃ                 |
| 11                                   |                                                   |       |     |      |                       |
| 12                                   |                                                   |       |     |      |                       |
| 13                                   |                                                   |       |     |      |                       |
| 14                                   |                                                   |       |     |      |                       |
| 15                                   |                                                   |       |     |      |                       |
| 16                                   |                                                   |       |     |      |                       |
| 17                                   |                                                   |       |     |      |                       |
| 19                                   |                                                   |       |     |      |                       |
| 20                                   |                                                   |       |     |      |                       |
| 22                                   |                                                   |       |     |      |                       |
| 23                                   |                                                   |       |     |      |                       |

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

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK

AG CIRURGIA

| SINAIS VITA PA | FC     | FR | TEMP |
|----------------|--------|----|------|
| 6 H            |        |    |      |
| 12 H           | 130x80 | 73 | 36,3 |
| 18 H           | 140x90 | 79 | 36,3 |
| 24 H           | 110x70 | 76 | 36,3 |

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038


Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 2231

06.01.2020 140x80 73 36,3



Gratiano S. ...  
Téc de ...  
COREN-RR

|                                                                                              |                                               |                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>SUS</b> | Sistema Único de Saúde<br>Ministério da Saúde | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>                  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                             |                                               |                                                                                        |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                      |                                               | 2 - CNES                                                                               |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                                       |                                               | 4 - CNES                                                                               |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                             |                                               |                                                                                        |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                         |                                               | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                                                   |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                           |                                               | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                                                 |
| 203403226324417                                                                              |                                               | 9 - SEXO                                                                               |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL                                                              |                                               | Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3 |
| Raimunda Norata da Souza Silva                                                               |                                               | 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE                                                |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                              |                                               | 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                           |
|                                                                                              |                                               | BV                                                                                     |
| 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO                                                                     |                                               | 15 - UF                                                                                |
|                                                                                              |                                               | RR                                                                                     |
| 16 - CEP                                                                                     |                                               |                                                                                        |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                           |                                               |                                                                                        |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                   |                                               |                                                                                        |
| Fratura de humero humeral (E)                                                                |                                               |                                                                                        |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                   |                                               |                                                                                        |
| Tratamento Cirúrgico                                                                         |                                               |                                                                                        |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)          |                                               |                                                                                        |
| RX                                                                                           |                                               |                                                                                        |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                     |                                               |                                                                                        |
| Fratura humeral humeral (E)                                                                  |                                               |                                                                                        |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL                                                                        |                                               |                                                                                        |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                                       |                                               |                                                                                        |
| 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                |                                               |                                                                                        |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                               |                                               |                                                                                        |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                    |                                               |                                                                                        |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                                  |                                               |                                                                                        |
| 26 - CLÍNICA                                                                                 |                                               |                                                                                        |
| 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO                                                                   |                                               |                                                                                        |
| 28 - DOCUMENTO                                                                               |                                               |                                                                                        |
| 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                           |                                               |                                                                                        |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                             |                                               |                                                                                        |
| 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                     |                                               |                                                                                        |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                       |                                               |                                                                                        |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>                        |                                               |                                                                                        |
| 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                |                                               |                                                                                        |
| 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO                                                            |                                               |                                                                                        |
| 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                                                           |                                               |                                                                                        |
| 36 - CNPJ DA SEGURADORA                                                                      |                                               |                                                                                        |
| 37 - Nº DO BILHETE                                                                           |                                               |                                                                                        |
| 38 - SÉRIE                                                                                   |                                               |                                                                                        |
| 39 - CNPJ EMPRESA                                                                            |                                               |                                                                                        |
| 40 - CNAE DA EMPRESA                                                                         |                                               |                                                                                        |
| 41 - CBOR                                                                                    |                                               |                                                                                        |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                               |                                               |                                                                                        |
| ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO   |                                               |                                                                                        |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                           |                                               |                                                                                        |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                        |                                               |                                                                                        |
| 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR                                                                      |                                               |                                                                                        |
| 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                              |                                               |                                                                                        |
| 45 - DOCUMENTO                                                                               |                                               |                                                                                        |
| 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                      |                                               |                                                                                        |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                     |                                               |                                                                                        |
| 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                       |                                               |                                                                                        |

0408050578  
5825  
V299

4.5



GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## BOLETIM OPERATÓRIO

### BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 04 / 05 / 2020 O.S. \_\_\_\_\_

*Mandem Sangra Guiso*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Fratura de Unghia Unghia (E)*

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: *Outra cirurgia*

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: *Dr. Rogério* 1º AUXILIAR: *Dr. Dorian*

2º AUXILIAR: *Dr. Fernando* INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Documentar um DDH modo amputado;
2. AA + CCE;
3. Incisão oblíqua sobre unghia unghia + dissecção + unghia + punção de 2 pontos em pontos convergentes para futuro + sutura viscoscópica + LMC + Sutura + amputado;
4. ARPA.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

# FICHA DE ANESTESIA

Monte Sampa Silva 43 a RI Eletico Sergio D. Pereira  
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO N° 1300 Uiso - 1711

|                  |      |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------------|------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| AGENTES          | N 20 | 15  | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |
|                  | 02   |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| LÍQUIDOS VENOSOS |      |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                  |      |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| DA               | °C   | 240 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| X                | 32   | 220 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ULSO             | 36   | 200 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ANES             | 34   | 180 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| X                | 32   | 160 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| OP               | 30   | 140 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Q                |      |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| TEMP             |      | 120 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                  |      | 100 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ASPIR.           |      | 80  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| A                |      | 60  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| RESP             |      | 40  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| O                |      | 20  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Expir            |      |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Asist            |      |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Conto            |      |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| SÍMBOLOS         |      |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

| AGENTES     | DOSES             | TÉCNICA                                                                                      | ANOTAÇÕES                                                                 |
|-------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| A           | Propofol 1% 100mg | Procedimento                                                                                 | Monitorização                                                             |
| B           |                   | Local                                                                                        | ① Checar                                                                  |
| C           |                   |                                                                                              | ② Antissepsia local com álcool 70% + Povidona 10%<br>Aqueça 256 de quilo. |
| D           |                   |                                                                                              | M. externo, un. co, sem ocler, tr.                                        |
| E           |                   |                                                                                              | Líquido claro e sem odor                                                  |
| F           |                   |                                                                                              | ③ Injeção de 15 ml.                                                       |
| G           |                   |                                                                                              | Blog Solução                                                              |
| GLUCOSE     | LÍQUIDOS          | Cânula - Nasal / Oro Faringea                                                                |                                                                           |
| MOCD        |                   | Naso / Orotraqueal - Cego                                                                    |                                                                           |
| SANGUE      |                   | Sol - Tampo - Calibre do Tubo                                                                |                                                                           |
|             |                   | Sob Máscara                                                                                  |                                                                           |
|             |                   | Dificuldade Técnica                                                                          |                                                                           |
| TOTAL       |                   | TEMPO DE ANESTESIA                                                                           |                                                                           |
| OPERAÇÃO    |                   | Laringo - Espirito - Excesso Secre<br>Depressão Respiratória - Hipoxia<br>"Bucking" - Vômito |                                                                           |
| ANESTESIA   |                   | Hemorragia - Arritmia<br>Bradi Taquicardia - Choque                                          |                                                                           |
| Dr. Roberto |                   | CÓDIGO                                                                                       | PERDA SANGÜÍNEA                                                           |
|             |                   | Dr. Roberto Solson                                                                           |                                                                           |

Alberto R. M. Herrera  
Médico Anestesiologista  
CRM 307/RR



## PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: \_\_\_\_\_ Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Serv.: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Alt: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_  
 Diagn. Pre-OP: \_\_\_\_\_  
 Cir. Proposta: \_\_\_\_\_ Patol. Assoc.: \_\_\_\_\_

Anest. Ant: \_\_\_\_\_

Alergia: \_\_\_\_\_

Alcool: \_\_\_\_\_ Fumo: \_\_\_\_\_

DROGAS: (Corticóide, fenotiazínico, hipotensor, narcotráfico, hipotico, digitálico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfá, casopressor, IMAD, outros)

Estado Mental: \_\_\_\_\_ Boca: \_\_\_\_\_

Pescoço: \_\_\_\_\_ Veias: \_\_\_\_\_

TX: \_\_\_\_\_

Fases: \_\_\_\_\_

Hepatograma: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Parâcer Clínico: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

| Medicação Pré - An. | DOSE | VIA | HORA |
|---------------------|------|-----|------|
|                     |      |     |      |
|                     |      |     |      |

Sangue Tipo: \_\_\_\_\_ Leuc: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_

Hm: \_\_\_\_\_ tc: \_\_\_\_\_ ts: \_\_\_\_\_ p. Leqo: \_\_\_\_\_

r. Coag: \_\_\_\_\_ Pq: \_\_\_\_\_ Uréia: \_\_\_\_\_

creat: \_\_\_\_\_ Glic: \_\_\_\_\_ Na: \_\_\_\_\_ mEq/l

Cl: \_\_\_\_\_ mEq/lk \_\_\_\_\_ mEq/lpH \_\_\_\_\_ pO2 \_\_\_\_\_

pCO2: \_\_\_\_\_ BA: \_\_\_\_\_ BB: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_

URINA: d: \_\_\_\_\_ pH: \_\_\_\_\_ glic: \_\_\_\_\_ Alb: \_\_\_\_\_

Sedim: \_\_\_\_\_

Ap. gen. Uri: \_\_\_\_\_

AP. Resp: \_\_\_\_\_

AP. Circ: \_\_\_\_\_

AP. Digi: \_\_\_\_\_

S. Osteo - Art: \_\_\_\_\_

S. Nerv: \_\_\_\_\_

S. Endoc: \_\_\_\_\_

Est. Fis (ASA): \_\_\_\_\_ AN. Proposta: \_\_\_\_\_

NB: \_\_\_\_\_

Assinatura

## PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data: 04/05/20

Hora: 12h30

*paciente está  
100% recuperado*

*[Assinatura]*

Assinatura

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Assinatura





ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

## CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

|                                                  |                   |                             |                   |                                                         |                    |
|--------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------|--------------------|
| Estabelecimento:<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA    |                   | Especialidade:<br>Ortopedia |                   | Procedimento Realizado:<br>Osteossíntese fratura Medial |                    |
| Nome do Paciente:<br>Marlene Souza Silva         |                   | IDADE:<br>43                | SEXO: F ( ) M ( ) | Nº do Prontuário                                        | Data<br>04/05/2020 |
| Bloco:<br>E                                      | Enfermaria:<br>52 | Leito:                      | Nº da Sala<br>04  | Circulante de Sala:<br>Ademilton Rafaelles              |                    |
| CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: |                   |                             |                   |                                                         |                    |

## Dados dos materiais/Serviço

| Hospital Geral de Roraima <input checked="" type="checkbox"/> |                                       | Dados Adicionais: | Marca: |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|--------|
| ITEM                                                          | DESCRIÇÃO DO ITEM                     |                   | QUANT  |
| 1                                                             | Pansufo Isoporoso n: 40 Resca Parcial |                   | 1      |
| 2                                                             | Pansufo Isoporoso n: 40 Resca Total   |                   | 1      |
|                                                               |                                       |                   |        |
|                                                               |                                       |                   |        |
|                                                               |                                       |                   |        |
|                                                               |                                       |                   |        |
|                                                               |                                       |                   |        |
|                                                               |                                       |                   |        |
|                                                               |                                       |                   |        |
|                                                               |                                       |                   |        |

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

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Rogério 1º AUXILIAR: Dr. Dalton

INSTRUMENTADOR:

Empresa ( ) Nome da Empresa: SIRIUS ( ) / SINTESE ( ) / QUANTUM ( ) Marca:  
ATHENA ( ) / MACON ( )

| ITEM | DESCRIÇÃO DO ITEM | QUANT |
|------|-------------------|-------|
|      |                   |       |
|      |                   |       |
|      |                   |       |
|      |                   |       |
|      |                   |       |
|      |                   |       |
|      |                   |       |
|      |                   |       |
|      |                   |       |
|      |                   |       |
|      |                   |       |

MÉDICO CIRURGIÃO: 1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

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

überf. d. natl. m. 184 HO

EN vol 2 of vol 2 encl no/M


62 3

X

11

lowest correlation in capital countries  
lowest correlation in capital countries

37



noted 10

1949



Enfermeiro (a):

## SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Hora: 8 : 00 Data: 04 / 05 / 20

Data: 04/10/20

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM |  | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM |  | HORÁRIO E CHECKAGEM |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--|----------------------------|--|---------------------|--|
| ( ) Risco de Queda<br>Prevenir queda                                                                           | ( ) Manter grades elevada na RPA                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |  |                            |  |                     |  |
| ( ) Risco de Broncoaspiração<br>Prevenir Broncoaspiração                                                       | ( ) Monitorar nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutar na RPA                                                                                                                                                                                                      |                          |  |                            |  |                     |  |
| ( ) Risco de Infecção<br>Prevenir infecção evitável                                                            | ( ) Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos                                                                                                                                                                      |                          |  |                            |  |                     |  |
| ( ) Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos<br>Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico | ( ) Monitorar sinais e sintomas de infecção ( edema, hiperemia, calor, rubor e hipotermia )<br>( ) Monitorar temperatura e comunicar alterações<br>( ) Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipotermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese) |                          |  |                            |  |                     |  |
| ( ) Risco de Glicemia Instável<br>Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia                      | ( ) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca)<br>( ) Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl                                                                        |                          |  |                            |  |                     |  |
| ( ) Integridade da pele prejudicada<br>Propiciar a recuperação adequada da pele                                | ( ) Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações<br>( ) Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções                                                                                                                                           |                          |  |                            |  |                     |  |
| ( ) Mobilidade Física prejudicada                                                                              | ( ) Proporcionar alinhamento do corpo do paciente                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |  |                            |  |                     |  |
| ( ) Dor aguda<br>Controle da dor e promover conforto                                                           | ( ) Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração)<br>( ) Administrar medicação conforme prescrição médica                                                                                                                                |                          |  |                            |  |                     |  |
| ( ) Padrão Respiratório Ineficaz<br>Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas | ( ) Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar<br>( ) Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica                                                                                                                                                                       |                          |  |                            |  |                     |  |
| ( ) Náuseas<br>Controle / Ausência de náuseas                                                                  | ( ) Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas<br>( ) Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição                                                                                                                                                                          |                          |  |                            |  |                     |  |
| ( ) Ansiedade<br>Controle de ansiedade                                                                         | ( ) Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente                                                                                                                                                                                                                                           |                          |  |                            |  |                     |  |
| ( ) Confusão Aguda / Crônica                                                                                   | ( ) Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós-operatório                                                                                                                                                                                                                               |                          |  |                            |  |                     |  |
| ( ) Comunicação Verbal prejudicada                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |  |                            |  |                     |  |

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Pac. admittit me SO 04 para- gati- fatura cu masura (E) not Regenerant. So tinaru cum  
districteuier a sept.

**Responsável:**

Deodorus

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança da **Coim 6938/k**

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019 *com 69381*



## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome marlene souza silva  
Responsável Cirurgião Dalson regini

### ENTRADA ( Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

( ) Identidade

(X) Sítio Cirúrgico

(X) Procedimento

Consentimento (X) Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO

(X) Aplica ( ) Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

(X) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

(X) OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

(X) Não ( ) Sim, Qual:

VIA-AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

(X) Não ( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

(X) Não ( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data

Assinatura

Hora:

18/08/2011 5:10

ANTES DA INCISÃO

Anestesista A. Fabian

### PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

( ) Identificação do paciente

(X) Sítio cirúrgico

( ) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

( ) REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

(X) Não se aplica

( ) Sim,

Qual:

Hora:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

( ) Sim

(X) Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

### SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

(X) Sim ( ) Não

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

(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplicam

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

( ) Sim ( ) Não (X) Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

( ) Sim (X) Não

( ) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

Carimbo 683816



L. 53

ALERGICA A DIPIRONA L53

Marlene Souza Silva

|                                           |                                                          |     |      |            |                        |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----|------|------------|------------------------|
| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                 |                                                          |     |      |            |                        |
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA            |                                                          |     |      |            |                        |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA      |                                                          |     |      |            |                        |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                         |                                                          |     |      |            |                        |
| DATA DE ADMISSÃO                          |                                                          | DIH | DN   |            |                        |
| PACIENTE <u>Marlene Souza Silva</u>       |                                                          |     |      |            |                        |
| AGNÓSTICO <u>Ex. Malhada Lacerado (E)</u> |                                                          |     |      |            |                        |
| ALERGIAS                                  |                                                          | HAS | NEGA | DM2        | NEGA                   |
| IDADE                                     | LEITO                                                    |     | DATA | 04.05.2010 |                        |
| ITEM                                      | PRESCRIÇÃO                                               |     |      |            | HORÁRIO                |
| 1                                         | DIETA ORAL LIVRE                                         |     |      |            | SND                    |
| 2                                         | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                 |     |      |            | Manhã                  |
| 3                                         | SF 0,9% 500ML EV S/N                                     |     |      |            | SIN                    |
| 4                                         | DIPIRONA 500MG EV 6/6H <u>Alergica</u>                   |     |      |            | (12) (18) (24) SUSPELO |
| 5                                         | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                  |     |      |            | 06                     |
| 6                                         | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA   |     |      |            | SIN 11h                |
| 7                                         | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 |     |      |            | SIN 11h                |
| 8                                         | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                    |     |      |            | 12h 20h 04h            |
| 9                                         | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                          |     |      |            | SIN                    |
| 10                                        | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                         |     |      |            |                        |
| 11                                        | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H               |     |      |            | Sup. SUSP.             |
| 12                                        | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |     |      |            |                        |
| 13                                        | SSV + CCGG 6/6 H                                         |     |      |            | Rotina                 |
| 14                                        | CURATIVO DIÁRIO                                          |     |      |            | Rotina                 |
| 15                                        | <u>Clindamicina 600 (EU) 12/12h</u>                      |     |      |            | 10 20h                 |
| 16                                        |                                                          |     |      |            |                        |
| 17                                        |                                                          |     |      |            |                        |
| 18                                        | Dr. Fernando Rezende                                     |     |      |            |                        |
| 19                                        | Médico Residente                                         |     |      |            |                        |
| 20                                        | Ortopedia e Traumatologia                                |     |      |            |                        |
| 21                                        | CRM-RR 2007                                              |     |      |            |                        |

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

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

# SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

Realizado visita e orientações  
PCTE BEG ( ) RÉG ( ) MEG ( )  
acompanhado S ( ) N ( )  
C/ ( ) S/ ( ) queixas

## SINAIS VITAIS

| 6 H  | PA     | FC | FR | TDx   |
|------|--------|----|----|-------|
| 12 H | 130x80 | 76 | 16 | 34.5° |
| 18 H | 130x80 | 80 |    | 36.9° |
| 24 H |        |    |    |       |

Dextro.

Rosineith Silva Oliveira

Téc. de Enfermagem

CORREN-RR 051.303

Mário Vile Oliveira

Téc. Enfermagem

CORREN-RR 000664

Trat. R. da S. S. S. S. S.

Téc. de Enfermagem

CORREN-RR 903.883

Sônia M. Souza Brandão

Téc. de Enfermagem

CORREN-RR 000664

\* Realizado sobre  
médicas matutino.

Rosineith Silva Oliveira  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 051.393

Maria R. Vale Oliveira  
Téc. Enfermagem  
COREN 000664196

M. Francineide S. Vasconcelos  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 639.905

① para para para para

atual - 20 10

Maria R. Vale Oliveira  
Téc. Enfermagem  
COREN 000664196

para E

11  
11

Francineide S. Vasconcelos  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 639.905

Iran R. da Silva  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 003.883

Symonias  
Téc. Enfermagem  
0629.841 TE

Maria Claudete Oliveira Cordeiro  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 449756

② para para para para

11 11 11 11



Ào Conselho.

**RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA**

DATA: 04/05/2010

PACIENTE: Marcelo Souza Silva DN: 61

DIAGNÓSTICOS: Pai - op Fratura Unilateral (F)

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: \_\_\_\_\_

2- PACIENTE: ☒ ACAMADO ( ) DEAMBULA ( ) O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: ☒ VIA ORAL ( ) SNE ( ) OUTRA \_\_\_\_\_

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? ( ) SIM ( ☒ ) NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ☒ SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? ( ) SIM ( ☒ ) NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? ( ) SIM ( ☒ ) NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ SATO2: \_\_\_\_\_

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Atendimento de FX Unilateral (F)

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

BGG, LOTO, Emissão de documentação

Boa Vista, 04 de maio de 20 10. Hora: 09:00

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

CRM 22 / 2007

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Marcos Roberto D. de Sá  
Diretor Técnico HGR  
CRM 1333-PR

CRM \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:

( ) HC ( ) HLI ( ) HMI ( ☒ ) OUTRO Outro



HGR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE  
RETAGUARDA**

Eu Martine Souza Silva

CPF nº \_\_\_\_\_

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

Declaro que:

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

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

- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 04 de 05 de 2011.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

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

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

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

22

|                                      |                                                    |       |           |      |                 |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|-------|-----------|------|-----------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                    |       |           |      |                 |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                    |       |           |      |                 |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                    |       |           |      |                 |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                    |       |           |      |                 |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                    | E     |           | DN   |                 |
| PACIENTE                             | <b>MARLENE SOUZA SILVA</b>                         |       |           |      |                 |
| DIAGNÓSTICO                          | <b>FX MALEOLO MEDIAL ESQ</b>                       |       |           |      |                 |
| ALERGIAS                             | <b>DIPIRONA E AINES</b>                            | HAS   | NÃO       | DM2  | NÃO             |
| IDADE                                |                                                    | LEITO | <b>22</b> | DATA | <b>5/5/2020</b> |
| ÍTEM                                 | PRESCRIÇÃO                                         |       |           |      | HORÁRIO         |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                   |       |           |      | SND             |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                           |       |           |      | MANTER          |
| 3                                    | SF 0,9% 500ml EV ACM                               |       |           |      | ACM             |
| 4                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                           |       |           |      | 6               |
| 5                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H SN                   |       |           |      | SN              |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN   |       |           |      | SN              |
| 7                                    | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                         |       |           |      | SN              |
| 8                                    | NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG |       |           |      | SN              |
| 9                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                  |       |           |      | ROTINA          |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                    |       |           |      | MANHÃ           |
| 11                                   | CEFTRIAXONE 1 G EV 12/12H                          |       |           |      | 10 22           |
| 12                                   | ALTA HOSPITALAR                                    |       |           |      |                 |
| 13                                   |                                                    |       |           |      |                 |
| 14                                   |                                                    |       |           |      |                 |
| 15                                   |                                                    |       |           |      |                 |
| 16                                   |                                                    |       |           |      |                 |
| 17                                   |                                                    |       |           |      |                 |
| 19                                   |                                                    |       |           |      |                 |
| 20                                   |                                                    |       |           |      |                 |
| 22                                   |                                                    |       |           |      |                 |
| 23                                   |                                                    |       |           |      |                 |

Loamir Viana  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM/RR 2124

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)  
 CONFORME ESQUEMA: 200-240 UI: 251-300: 4UI: 301-350:  
 6UI: 351-400: 8UI: ≥ 400: 10 UI. OG GLICOSE ≤ 70 DL/ML.  
 GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

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

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231



\* Alérgica à Dipirona!

22

|                                      |                                                    |       |     |      |          |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|-------|-----|------|----------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                    |       |     |      |          |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                    |       |     |      |          |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                    |       |     |      |          |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                    |       |     |      |          |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                    | E     |     | DN   |          |
| PACIENTE                             | MARLENE SOUZA SILVA                                |       |     |      |          |
| DIAGNÓSTICO                          | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                              |       |     |      |          |
| ALERGIAS                             | DIPIRONA E AINES                                   | HAS   | NÃO | DM2  | NÃO      |
| IDADE                                |                                                    | LEITO | 22  | DATA | 5/5/2020 |
| ÍTEM                                 | PRESCRIÇÃO                                         |       |     |      | HORÁRIO  |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                   |       |     |      | SND      |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                           |       |     |      | MANTER   |
| 3                                    | SF 0,9% 500ml EV ACM                               |       |     |      | ACM      |
| 4                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                           |       |     |      | 6        |
| 5                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H SN                   |       |     |      | SN       |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN   |       |     |      | SN       |
| 7                                    | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                         |       |     |      | SN       |
| 8                                    | NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG |       |     |      | SN       |
| 9                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                  |       |     |      | ROTINA   |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                    |       |     |      | MANHÃ    |
| 11                                   | CEFTRIAXONE 1 G EV 12/12H                          |       |     |      | 10 22    |
| 12                                   |                                                    |       |     |      |          |
| 13                                   |                                                    |       |     |      |          |
| 14                                   |                                                    |       |     |      |          |
| 15                                   |                                                    |       |     |      |          |
| 16                                   |                                                    |       |     |      |          |
| 17                                   |                                                    |       |     |      |          |
| 19                                   |                                                    |       |     |      |          |
| 20                                   |                                                    |       |     |      |          |
| 22                                   |                                                    |       |     |      |          |
| 23                                   |                                                    |       |     |      |          |

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK  
AG CIRURGIA

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

Lael Silva (Res Ortop)  
CRM/RR 2015  
Loamir Viana (Res Ortop)  
CRM/RR 2124  
Dop Martins (Res Ortop)  
CRM/RR 2038  
Bruno Vieira (Res Ortop)  
CRM/RR 1231

|                                      |                                                    |       |     |      |          |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|-------|-----|------|----------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                    |       |     |      |          |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                    |       |     |      |          |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                    |       |     |      |          |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                    |       |     |      |          |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                    | E     |     | DN   |          |
| PACIENTE                             | MARLENE SOUZA SILVA                                |       |     |      |          |
| DIAGNÓSTICO                          | FX MALEOLO MEDIAL ESQ                              |       |     |      |          |
| ALERGIAS                             | DIPIRONA E AINES                                   | HAS   | NÃO | DM2  | NÃO      |
| IDADE                                |                                                    | LEITO | 22  | DATA | 5/5/2020 |
| ÍTEM                                 | PRESCRIÇÃO                                         |       |     |      | HORÁRIO  |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                   |       |     |      | SND      |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                           |       |     |      | MANTER   |
| 3                                    | SF 0,9% 500ml EV ACM                               |       |     |      | ACM      |
| 4                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                           |       |     |      | 6        |
| 5                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H SN                   |       |     |      | SN       |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN   |       |     |      | SN       |
| 7                                    | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN                         |       |     |      | SN       |
| 8                                    | NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG |       |     |      | SN       |
| 9                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                  |       |     |      | ROTINA   |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                    |       |     |      | MANHÃ    |
| 11                                   | CEFTRIAXONE 1 G EV 12/12H                          |       |     |      | 10 22    |
| 12                                   | ALTA HOSPITALAR                                    |       |     |      |          |
| 13                                   |                                                    |       |     |      |          |
| 14                                   |                                                    |       |     |      |          |
| 15                                   |                                                    |       |     |      |          |
| 16                                   |                                                    |       |     |      |          |
| 17                                   |                                                    |       |     |      |          |
| 19                                   |                                                    |       |     |      |          |
| 20                                   |                                                    |       |     |      |          |
| 22                                   |                                                    |       |     |      |          |
| 23                                   |                                                    |       |     |      |          |

**Loamir Viana**  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 2124

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

RISCO OK

|             |    |    |    |      |
|-------------|----|----|----|------|
| AG CIRURGIA |    |    |    |      |
| SINAIS VITA | PA | FC | FR | TEMP |
| 6 H         |    |    |    |      |
| 12 H        |    |    |    |      |
| 18 H        |    |    |    |      |
| 24 H        |    |    |    |      |

Lael Silva (Res Ortop)  
 CRM/RR 2015  
 Loamir Viana (Res Ortop)  
 CRM/RR 2124  
 Don Martins (Res Ortop)  
 CRM/RR 2038  
 Bruno Vieira (Res Ortop)  
 CRM/RR 1231



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: **MARLENE SOUZA SILVA** 43 anos  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: **12/04/2020**, COM  
DIAGNÓSTICO DE **FX DE MALÉOLO MEDIAL E TNZ E** E NO DIA  
**04/05/2020**, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
**OSTEOSSINTESE** SENDO  
OPERADO PELO DOUTOR **DR ROGERIO** E P/ DR **0**

RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA **05/05/2020** ÀS \_\_\_\_\_, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **02 (DUAS)** SEMANAS, COM O  
DOUTOR **DR ROGERIO**.

### ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR **ROGERIO**

terça-feira, 5 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

*Lucimyr Viana*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RR 2124

E



21/05/2020

Tam Teal

MARLENE SOUZA SILVA

3929

HOSPITAL CORONEL MOTA



21/05/2020

Tam Teal

Marcos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

239717

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

**WILLIAM GONÇALVES FRANCO**

FILIAÇÃO

**GERALDO ROCHA FRANCO**

**MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO**

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

**SANTA INÊS - MA**

**09/12/1978**

DOC. ORDEM

**CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35**

**2 OF BOA VISTA - RR**

**825.396.343-20**

**AMADEU ROCHA TRIANI**

**2 VIA**

*Partido Populista do Povo  
Diretor de Ident.*

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83







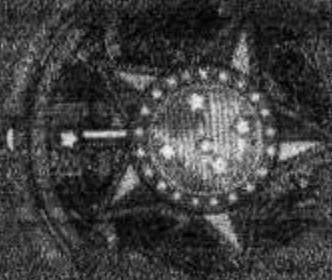
MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

005.894.961-63

MARILNE ROZENA SILVA

005011913



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200277208 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARLENE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 12/04/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**Data da análise:** 10/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO P3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. P58 59

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** IMAGEM: P74

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                  | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um<br>tornozelo | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                           |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217612/20

**Vítima:** MARLENE SOUZA SILVA

**CPF:** 005.894.983-63

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 12/04/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARLENE SOUZA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### **WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

### **MARLENE SOUZA SILVA : 005.894.983-63**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/08/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/08/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME Marlene Souza Silva  
NACIONALIDADE Braileira ESTADO CIVIL Solteira  
PROFISSÃO autônoma RG 26047072-003-5  
CPF 005.894.983-63 ENDEREÇO AL. Brasil 138  
BAIRRO Alto da Serra CIDADE Rua Vista  
CEP 69.317-534

VÍTIMA Marlene Souza Silva  
CPF 005.894.983-63 DATA DO ACIDENTE 12/04/2020  
NATUREZA ☐ DMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

### OUTORGADA:

NOME William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE Braileira  
ESTADO CIVIL casado  
PROFISSÃO autônomo ÓRGÃO EMISSOR SSP RR  
Nº DO RG 239717  
DATA DE EMISSÃO 13.10.16  
Nº CPF 825.396.393-20  
ENDEREÇO Rua CC 11 294 Bairro Morais

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por incapacidade, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista 27 de Maio de 2020

Marlene Souza Silva  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217612/20

**Vítima:** MARLENE SOUZA SILVA

**CPF:** 005.894.983-63

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 12/04/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARLENE SOUZA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### **WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

### **MARLENE SOUZA SILVA : 005.894.983-63**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/08/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/08/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO