

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
005.894.983-63 Marlene Soiza Silveira

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:
Marlene Soiza Silveira	005.894.983-63
7 - Profissão:	8 - Endereço:
autônomo	Av Jardim
9 - Número:	10 - Complemento:
138	
11 - Bairro:	12 - Cidade:
Ladainha Satélite	Boa Vista
13 - Estado:	RR
14 - CEP:	69.317.529
15 - E-mail:	99113-3855
16 - Tel./DDD:	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0529

CONTA: 28732 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende à região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende à 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 sumi e apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lusões 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 da seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sózinha <input type="checkbox"/> Teve filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Sózinha <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/váinastas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sózinha <input type="checkbox"/> Teve irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	---	---	---	---

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

34

Impressão digital da vítima ou testemunha do declarante

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Boa Vista RR 20 de Julho de 2020

Marlene Soiza Silveira

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V003/2019



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



Empréstimos

ver opções >

Prorrogue aqui seus
empréstimos e financiamentos

Solicitar >

Saldo e
Extratos

Transferências



Pagamentos

DDA - Boletos
RegistradosEmpréstimos/
ConsignadoCrédito
Imobiliário

Cartões



Investimentos

Ágora
Home Broker

Consórcio



Agendamentos

Autorização de
Parceiros



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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	Méio(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

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

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 açaí - vila jardim	Nº: bloco 11, ap. 138
Complemento: condomínio	
Bairro: Cidade Satélite	CEP: 69.317-529

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 747.489.393-20	Placa NUK5530
Renavam 00395154073	Número do Motor E3D2E-032169
Número do Chassi 9C6KE1250B0024557	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor PRETA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ 125E
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido



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

Página 1 de 2

AUTENTICAÇÃO

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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

Boa Vista, 28 de Julho de 2020

Assinatura



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00021587/2020

Última Atualização Denatran 09/01/2020

Situação do Veículo
RESTRIÇÃO_BENEFÍCIO_TRIBUTÁRIO_FILE_VEICULOS

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 estação 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 auxilem na identificação do autor que conduzia o veículo acima citado, RESPONDEU: QUE NÃO tem suspeitas de quem poderia ser o infrator que conduziu 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-Denunciação 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 assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme prevista nos Artigos 339-Denunciação 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.

Sua Vaga, 28 de julho de 2020
Hualacy Seelig, S. de Souza, nº 020116684
Assinatura

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
005.894.983-63 Marlene Soiza Silveira

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:
Marlene Soiza Silveira	005.894.983-63
7 - Profissão:	8 - Endereço:
autônomo	Av Jardim
9 - Número:	10 - Complemento:
138	
11 - Bairro:	12 - Cidade:
Ladainha Satélite	Boa Vista
13 - Estado:	RR
14 - CEP:	69.317.529
15 - E-mail:	99113-3855
16 - Tel./DDD:	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0529

CONTA: 28732 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende à região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende à 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 sumi e apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lusões 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 da seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sózinha <input type="checkbox"/> Teve filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Sózinha <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/váinastas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sózinha <input type="checkbox"/> Teve irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	---	---	---	---

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

34

Impressão digital da vítima ou testemunha do declarante

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Boa Vista RR 20 de Julho de 2020

Marlene Soiza Silveira

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V003/2019



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



Empréstimos

ver opções >

Prorrogue aqui seus
empréstimos e financiamentos

Solicitar >

Saldo e
Extratos

Transferências



Pagamentos

DDA - Boletos
RegistradosEmpréstimos/
ConsignadoCrédito
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

BRADESCO14082020050000000002370052200000028732168750 PAGO



CORRIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Evar Górczak, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 384

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

0133349-6

SEU CÓDIGO

14

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.

EE/ESEI 180/2020 07/03/2020

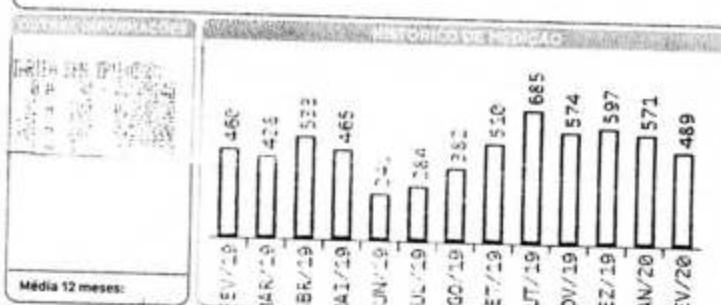
400

358-363

FLYING COLO 01/03/2020 489 359,92
MARLENE SUELA SILVA RESIDENCIAL VILA JARDI
AV JARDIM F78 B11 ARAH ACACIA - CIDADE SATELITE
CEP: 69.317-529 - RIO VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)		VLT-TR	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
			DATAS DA LEITURA
Atual:	2022-01-01	Atual:	15/01/2022
Anterior:	2022-01-01	Anterior:	10/01/2022
Dias de consumo:		Próxima leitura:	10/01/2022
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	07/01/2022
Consumo medido:	1111	Apresentação:	10/01/2022
Consumo Faturado:	1111		

DESCRICAÇÃO DA CONTA				
CONTA DE	30 A R\$	0,250279	=	7,77
	00 A R\$	0,444397	=	31,10
	100 A R\$	0,666603	=	79,99
MATERIAL PARA REPARO	'69 A R\$	0,740663	=	199,23
ESTIMATIVA PREÇO		56,34		
ESTIMATIVA PREÇO				41,83



MENSAGENS
IMPORTANTE

**REAVISO DE
VENCIMENTO**

Detalhe das dívidas salienta o reverso do fornecimento de energia elétrica para a S.P.D.C. (Sociedade dos contas revisadas) que é a entidade que deve pagar as dívidas que foram aprovadas no Conselho de Administração da S.P.D.C. e que ainda existem contas pendentes de pagamento.

RESERVADO AO FISCO - BAIXE AQUI: www.fisco.gov.br

COMPOSIÇÃO DA CONTA - RS	
Energia:	1.653
Encargos:	316
Tributos:	112
Transmissão:	6.470

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
	ICMS: 17,00%	R\$ 17,00
	PIS: 0,43%	R\$ 0,43
	COFINS: 1,00%	R\$ 1,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	Mes	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	1.000	12.000	48.000	1.000	3.000	12.000	3.000	3.000
Realizado	1.351	16.212	64.848	1.003	3.009	64.848	4.999	4.999
Conjunto	1.351	16.212	64.848	1.003	3.009	64.848	4.999	4.999

**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 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

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

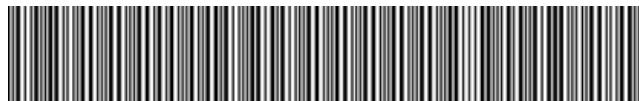
**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA FSAUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marlene Souza Silveira Inscrito (a) no CPF sob o N° 05.894.983-63,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marlene Souza Silveira

Inscrito (a) no CPF sob o N° 05.894.983-63, 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 Lider-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>	CEP:	<u>69.318-050</u>
E-mail:	<u>WFranco992@gmail.com</u>	Tel.(DDD):	<u>99113-3855</u>				

Local e Data: Boa Vista/RR 01 de julho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

2000749699 12/04/2020 09:07:46

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

MANHA 07-13

1

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
MARLENE SOUZA SILVA	29/01/1977	43 A 2 M 14 D	703403226324417	00589498363				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	26017020035	SSPMA	29/09/2003	F	SOLTEIRO(A)	PARDA	TURIACU - MA	BRASILEIRA
Mãe					Pai			Contato
RAIMUNDA NONATA DE SOUZA SILVA					OSVALDO BATISTA DA SILVA			(95) 99162-1184
Endereço								Ocupação
AVENIDA - VILA JARDIM, COND. AÇAI, BLOCO 11 - 404 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR								DIARISTA

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:
SUTURA	DEMANDA ESPONTANEA				IANE.ALVES

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
<i>Pac. est abstr. ai clat e</i>	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h)

<i>Dr. em 12-2000 feve t jello</i>

Exame Físico

<i>Pac est abstr. clat e o pacifal</i>
--

Hipótese Diagnóstica	<i>politis Lx Poxas</i>
----------------------	-------------------------

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS: _____

PREScrição	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>O D p d am e ly</i>	<i>Seop.</i>	

<i>Pac atend fso y do apn. g</i>	
----------------------------------	--

Conduta

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica | <input type="checkbox"/> Ambulatório |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido | <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) |
| <input type="checkbox"/> Alta a Revelia | <input type="checkbox"/> Internação |
| <input type="checkbox"/> Transferência para: _____ | Data e Hora da Saída/Alta: / / / : : |

Óbito
Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica / / / : :

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: iane.alves
Data Hora: 12/04/2020 09:08:40



PTE intol. à Dipicam
Nossa fauna em PT.
Tx de Acidez Nefo em
adultos.

Sono fisiol 250g

O₂ - 5 Lpm - 20 ml

Tension arterial

ECP/col:

Dr. Engr. R. S. Mazzucato
Médico Internista e Comunitário
Centro 20 1/4

Pacut apresentando febre tbc
com malabsorção da calo
apo Garcia P' (E) malabs
c. escoriaç. Difusão -
+ fatores de fatores
constitutivos. - ECP
fatores de fatores
con ur. -



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
OSTEOSSINTSE 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:

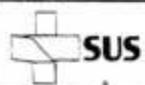
1. NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO;
3. NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA;
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
5. NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
6. AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RAIO X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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DOUTOR DR Rogerio

terça-feira, 5 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Lic. Cir. Dr. Vitor Viana
Ortopedia e Traumatologia CRM/RR 2124



**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

Carolina Souza Almeida

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc 1

Fem 3

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - FONE DE CONTATO
Nº DO FONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTATO
Nº DO FONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Síndrome febril fértil e

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

to com febre

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

Rx + Exame sanguíneo.

23 - DIAGNÓSTICO OFICIAL

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

(CNS) (CPF)

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

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 VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURODORA

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

() AUTÔNOMO

() EMPREGADOR

() 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)

17/01/2023

HOSPITAL DE CAMPANHA - COVID 19 CANARINHO - HCC		0103160
HOSPITAL DE CAMPANHA - COVID 19 CANARINHO - HCC		0103160
MARLENE SOUZA SILVA		
703403226324417	(95) 99162-1184	
	29/01/1977	Feminino
RAIMUNDA NONATA DE SOUZA SILV		
AVENIDA - VILA JARDIM, COND. AÇAI, 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. Jamile Batista Magalhães
Medica
CRM/RR 1967

PRESCRIÇÃO MÉDICA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

McKenzie
of Dunmore

SETOR:	ENF: 02	LEITO: 22	DN: 29/01/1977	DH/COSME: 12/04
				DICANARINHO: 12/04/2020
NOME DO PACIENTE: MARLENE SOUZA SILVA				
HD: FRATURA MAEOLO MEDIAL E				
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
12/04/2020	1.	DIETA ORAL LIVRE		SND
	2.	AVP		MANTER

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 Plantoesteira	
GH 50% 40 ml EV, em hollus, se Glicemia < 70 mg/dL		

REGISTRO DE ENFERMAGEM					
SINAIS VITAIS					
Horário	06h	11h	17h	23h	
PA	120/70			120/70	
FC	82			74	
Tax	36°C			36.2°C	
FR					
Evacuação					
Diurese					
Dextro					
Insulina					
Regular					
SNG					
Dreno					

D'Avall utvärderar, att nästan alla förför, uppfattas som en förenkling.
Detta språket har också utgjort en del av de, om vilka vi här inom annat
talar. Detta är dock inte heller det enda. En annan förför är förförat
av vissa förförer i samband med att man förförar sig till förför.
En annan förför är förförat av vissa förförer, som förföras
av vissa förförer. Dessa förförer förföras av vissa förförer
och så vidare. För att förföras är förförat.

D'Avall's Patron Star
CORE 4487 NO 64

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
ITEM	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				12/12/2020
13	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
14					
15					
16					
17					
19					17 ABR 2020
20					
SE DIABÉTICO CORRECÇÃO COMINSULINA 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 PARA DIA 17/04/20 A TARDE					

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	140x70	80		36°	
12 H	118/72	82		36	
18 H	100x60	80		36.1°	
24 H	110x76	85		36°	

18h paciente fio no leito, orientado SSVV,
Realizado cuidado dos ferimentos.

Edmar de Oliveira Matos
Tecm Enf.
COREN-RR 907672-TEC

ECG



23

22

HGR
Hospital Geral
de Roraima

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: Martim Souza Silva

Idade: 43

Loito: 22

ACRE SERÁ SUBMETIDA À CIRURGIA ORTOPÉDICA
PR Fx DE T2 (6).

SOU A FAVOR DO CIRURGICO
GRATO!

segunda-feira, 13 de abril de 2020

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

Rf

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Resposta:

Aval. FL um anno

14/04/2020

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

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR Hospital Geral de Ribeirão Preto	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Paciente: João Pedro Souza Silveira		Data: 31/04/2020			
Leito: 22					

Localização	Região:	Região:	Região:	Região:	Região:
	M 1 E				
	Grau: I () II (X)	Grau: I () II (X)	Grau: I () II (X)	Grau: I () II (X)	Grau: I () II (X)
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma : <u>Tração</u> _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Granulação () Epitelização (X) Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Granulação () Epitelização (X) Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____
Aparência do Leito	() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro:
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel (X) Outro: <u>AOF</u>	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel (X) Outro: <u>AOF</u>	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel (X) Outro: <u>AOF</u>	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Márcia de Oliveira N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-SP 00009304 CREF-RR 440-709	Mônica Reis Farias Técnico de Enfermagem COREN-SP 00009304	Jucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554	Carvalho Góes Cuidador Noturno Bolselaria e Fendas Gericinóides e ENF Traumatologista CREF 468.579	Carvalho Góes Cuidador Noturno Bolselaria e Fendas Gericinóides e ENF Traumatologista CREF 468.579
Observações:					



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
CENTRO DE ATENÇÃO MÉDICA E ESPECIALIZADA

Paciente: Marlene Souza Silva

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)

Resultado

Referência

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	11.02 x10³/uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /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 x10⁶/uL	3.9 - 5.03 x10 ⁶ /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 x10³/uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
VPM	9.30 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	16.10	9.0 - 17.0
^CT	0.151 %	1.08 - 2.82 %

Sumaiaka 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 06:34

(*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
06095-2121 0640-
E-mail: nrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU

GOVERNO
DE RORAIMA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AVENIDA BRASIL, 1200 - CENTER - AÉREO

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

Resultado de Exame

Amostra: 2017392702

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0.69 mg/dL

Referência

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

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

92.46 mg/dL

Referência

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)

Material: SORO

Métodologia: M06 - Enzimático Colorimétrico

TGO

Resultado

22.78 U/L

Referência

5.0 - 35.0 U/L

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)

Material: SORO

Métodologia: M16 - Cinético Uv (sem Piridoxal)

TGP

Resultado

8.63 U/L

Referência

5.0 - 35.0 U/L

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

16.50 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

PCR - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO

Métodologia: M22 - Imunoturbidimetria

PROTEÍNA C REATIVA

Resultado

19.33 mg/L

Referência

0.0 - 8.0 mg/L

Heilinara S. Pachêco
Heilinara S. Pachêco
Bioquímica
CRF- 220 - RR

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Coelho 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
Código: 2121 0640
E-mail: hor@hor.ror.br
Av. Presidente Eduardo Gómez, 3300 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Paciente: Marlene Souza Silva

Solicitação: 20173927

Número Interno:

Origem: CAN

Data de Emissão: 13/04/2020 13:20

Sexo: Feminino

Nasc: 29/01/1977

Idade: 43 ANO

Solicitante:

Setor: CANARINHO ENFERMARIA 02

Leito: 22

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2017392701

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

Referência

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

(*) Retificado

04/05/2020 06:35

Página: 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
06551 2121 0640
E-mail: ngr@rr.yahoocom.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3300 -
Aeroporto

NUCLEO DE LABORATORIO
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	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	12 18 6
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H	12 18 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	Ramona
11		
12	CEFTRIAXONE 1 G EV 12/12H	12 24 10 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.
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	120x80	66	20	36,5°C	
12 H	130x90	72		36,5°C	
18 H	110x70	67		36,1°C	
24 H	110x80	69	19	36,3°C	

Dr. Santos da Silva
Ortopedista e Traumatólogo
16/04/2015

Marlene Souza Silva
Hospital de Campanha Canarinho
16/04/2020

VBS: Ún ob:ca a paciente no leito medicada e fm l sem intercorrência exqml desvcuidados de enfermagem

Marlene Souza Silva
Assistente Enfermeira
03454-000 481 072

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F																										
Data: 34 / 04 / 2020		Enfermaria: 02		Leito: 22																						
Nome Completo: Marlene Souza Silva			DN: 29104177																							
Hipótese Diagnóstica:																										
Precaução: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (<input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Goticula - aerosol <input type="checkbox"/> Goticula - perdigotos)																										
Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is): Dipirona / Diclofenaco Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M																										
Paciente Indígena: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Qual idioma:																						
Possui acompanhante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs:																										
Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Comprometida:																										
SISTEMA NEURÓLOGO																										
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Não Reage <input type="checkbox"/> Alterações:																										
PUPILAS																										
<input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriática <input type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/> Não reagentes			<input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Alterações:																							
REGULAÇÃO TÉRMICA																										
<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Aspiração Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual:																										
SISTEMA RESPIRATÓRIO																										
<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:																										
REGULAÇÃO ABDOMINAL																										
<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Alterações:																										
SISTEMA CARDIOVASCULAR																										
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Uropen <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Outros:																										
ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL																										
<input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Alterações: Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente																										
Lesão por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ Risco de Lesão Sinalizado:																										
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS																										
Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: MSD Data: 12-04-2020 Trocar em: ____/____/_____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/_____																										
Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____																										
Curativos: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: MVI																										
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de infecção</td> <td><input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de Quedas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada</td> <td><input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de constipação</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td><input type="checkbox"/> Comunicação deficiente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo</td> <td><input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente</td> <td><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene</td> <td></td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Quedas	<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Comunicação deficiente	<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado		<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene	
<input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão																								
<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Quedas																								
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração																								
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada																								
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Comunicação deficiente																								
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado																									
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene																									
Escala de Morse																										
1. Histórico de Queda 6. Estado Mental Prescrição de Cuidado Prev Quedas Não 0 Manter grades laterais elevadas Sim 25 Orientado/limitado/conhece as limitações 0 Identificar o risco de queda na placa de identificação Superestima capacidade/Esquece limitação 15 Auxiliar o paciente na higiene																										
2. Diagnóstico Secundário TOTAL: _____ Não 0 Risco Baixo: 0 - 24 1 Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama Sim 15 Risco Médio: 25 - 44 2 Manter cama com rodas travadas Risco Alto: Maior que 45 3 Necessidade de contenção ao leito Sinalização do Risco: 4 Manter vigilância de ____/____ horas. Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem 5 Calçado seguro nos pés Risco registrado na placa de identificação leito 6 Material de uso pessoal ao alcance da mão																										
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não 0 Sim 20																										
4. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Muleta/Bengala/Andador 15 Mobilório Parede 30																										
5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Fraca 10 Comprometida/Cambaleante 20																										
Registro Geral:																										
_____ _____ _____																										
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____																										

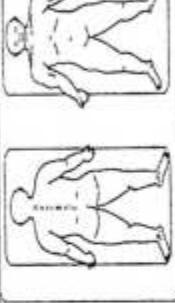
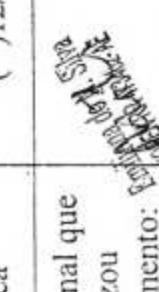
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BI-LOCOS A/B/C/D/E/F

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

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
PERÍODO MATUTINO	
ASS:	
PERÍODO VESPERTINO	
<p>Período - <i>de 12hs horário matutino</i> <i>após o inicio esse período é de expiração</i></p>	
ASS:	
PERÍODO NOTURNO	
<p>Período - <i>de 12hs horário matutino</i> <i>após o inicio esse período é de expiração</i></p>	
ASS:	

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1 Paciente: <u>Marcos de Souza</u> Leito: <u>22</u>
Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020

 Localização	 Região: <u>MTC</u>	 Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>	 Região: <u>I</u>	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<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 <input type="checkbox"/> Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input 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%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Troca <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diári@ <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> Troca <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diári@ <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diári@ <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diári@ <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 <u>Flávia</u>	 <u>Flávia</u>	Escrivia Carvalho Gotado Gerente de Núcleo Gerente de Feridas Treinamento e Treinamento Entradas e Entradas Entradas e Entradas Entradas e Entradas Entradas e Entradas	 <u>Flávia</u>
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	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				6
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H				22/24/6
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				22/25 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				10/22
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. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA EVOLUÇÃO MÉDICA:					

CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ

SINAIS VITAIS	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	135x84	72		36,2	

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



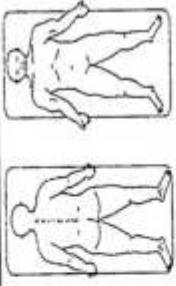
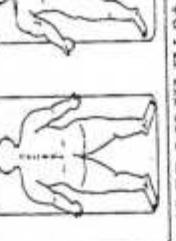
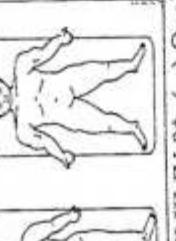
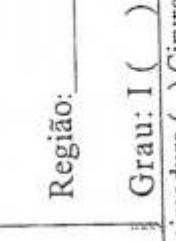
Plantão matutino 0600.
 Fazendo RCT, realizada
 SSVV e medicação de retenção
 8h. Administrado medicação
 à noite. Apesar de SSVV
 que não é de uso.

Jacqueline Vieira de Aguiar
 Especialista em Enfermagem
 CRM-RR 64997-TE

Plantão noturno: Administração de medicamentos
 e infusão SSVV.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 HGR Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1		Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente:	<i>Marieli Souza Soárez</i>	Data: 15 / 04 / 2020		
Leito:	22				

Localização	Região:	Região:	Região:
			
<input type="checkbox"/> I ()	<input checked="" type="checkbox"/> II ()	<input type="checkbox"/> I ()	<input type="checkbox"/> II ()
Grau: I ()	Grau: II ()	Grau: I ()	Grau: II ()
<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular	<input type="checkbox"/> Tração Externo () Fixador Externo () Outro:	<input type="checkbox"/> Tração Externo () Fixador Externo () Outro:
<input type="checkbox"/> Trauma : _____	<input type="checkbox"/> Trauma : _____	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros Fixador Externo / Outro	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros Fixador Externo / Outro	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco
<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco
<input type="checkbox"/> Solução de Limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
<input type="checkbox"/> Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: AGC	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
<input type="checkbox"/> Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h
<input type="checkbox"/> Profissional que realizou procedimento:	 <i>Carnalho Goode</i>	 <i>Elsielein Corrêa de Oliveira</i>	 <i>Trajano Antônio da Silva</i>
<input type="checkbox"/> Observações:	<i>Fixador Externo</i>		

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
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
11	<i>Platil 10mg EV de qid (6n)</i>				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 DU/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					
12 H	110x70	80		36,00	
18 H					
24 H	120x70	82		36,4°C	

*Ivan de Souza da Silva
Assistente Enfermeiro e Nutricionista
Cirurgia 2015*

16/04, 12:00, ACOMADAS, NE^o 2
 DIETA KW SCITADI APV (6) 8m
 USO M3 (6): DURANTE E IMPOSSÍVEL
 PRATICAR: TEVE NÁUSEA E
 VOMITO FEZ PLATIL 12:00.

*Jetô Nunes
COREN RR 216.845-TE*

18H FOT NO DIA, ADVERTINDO
 MEDICAO DE HORARIO 09:00.
 AS 06 H.
 PA-100x60 - 86
 T- 36,6 °C

*Edmar de Almeida Mafos
Enfermeiro
COREN RR 907672-TEC*



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

Data: 16 / 04 / 2020

Enfermaria:

Leito: 22Nome Completo: Martene Souza SilvaDN: 1 / 1 / 1Hipótese Diagnóstica: Fratura Metatarso Esq.Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Goticula - aerosol () Goticula - 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 NEUROLOGO**() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:**PUPILAS**() Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Afebril () Febril () Hipertérmico
() Isocôricas () Anisocôricas () Não reagentes () Alterações:**SISTEMA RESPIRATÓRIO**() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração
Oxigenoterapia () Sim () Não Qual:**REGULAÇÃO TÉRMICA**() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso:() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Ruidos Hidroáreos: () Presente () Ausente

Exame Físico: Bulhas Cardiacas: Pulo: Alterações:

REGULAÇÃO ABDOMINAL() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT() Anúria () Oligúria () Cistostomia Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial() Irrigação contínua: () Outros: Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia() Hidratada () Desidratada () Ressecada Alterações:() Normocorada () Ictérica () Anictérica Flatos: () Presente () AusenteLesão por pressão: () Sim () Não Região: () Edema Local: () Ausente Risco de Lesão Sinalizado:**CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS**Cateter Periférico: () Sim () Não Local: MED Data: 16.04.2020 Trocar em: _____Cateter Central: () Sim () Não Local: — Curativo realizado em: — Trocar em: _____Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () NãoDreno de: — Aspecto da secreção: — Quantidade: —Curativos: () Sim () Não Local: MIE**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

<input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão
<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Quedas
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Comunicação deficiente
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse1. Histórico de Queda **6. Estado Mental** Prescrição de Cuidado Prev QuedasNão 0 Orientado/limitado/conhece as limitações 0 Manter grades laterais elevadas
Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação 15 Identificar o risco de queda na placa de identificação

2. Diagnóstico Secundário TOTAL: Auxiliar o paciente na higiene

Não 0 Risco Baixo: 0 - 24 Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Sim 15 Risco Médio: 25 - 44 Manter cama com rodas travadas3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Risco Alto: Maior que 45 Necessidade de contenção ao leito
Não 0 Sinalização do Risco: Manter vigilância de ____ horas,
Sim 20 Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem Calçado seguro nos pés

4. Auxílio na Deambulação Risco registrado na placa de identificação leito Material de uso pessoal ao alcance da mão

Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 _____

Muleta/Bengala/Andador 15 _____

Mobilário Parede 30 _____

5. Marcha/Deambulação _____

Normal/Sem deambulação/Acamado: 0 _____

Fraca 10 _____

Comprometida/Cambaleante 20 _____

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	12 18 24 06
() Aferir e registrar os sinais vitais	
() Administrar medicações prescritas	
() Estimular, auxiliar e supervisionar deambulação	
() Manter cabeceira elevada	
() Verificar saturação de O ₂	
() 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		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
<input type="checkbox"/>	PERÍODO MATUTINO	<input type="checkbox"/>	PERÍODO VESPERTINO
<input type="checkbox"/>	ASS:	<input type="checkbox"/>	ASS:
<input type="checkbox"/>	PERÍODO NOTURNO	<input type="checkbox"/>	PERÍODO VESPERTINO
<input type="checkbox"/>	ASS:	<input type="checkbox"/>	ASS:
<input type="checkbox"/>	PERÍODO VESPERTINO	<input type="checkbox"/>	PERÍODO NOTURNO
<input type="checkbox"/>	ASS:	<input type="checkbox"/>	ASS:

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

22

DATA DE ADMISSÃO		E	DN	
PACIENTE	MARLENE SOUZA SILVA			
DIAGNÓSTICO	FX MALEOLO MEDIAL ESQ			
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	N	DM2
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			sem dor (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			ROTI NA
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. GLICOSE $\geq 50\%$ 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA. EVOLUÇÃO MÉDICA.

CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	105/50	81		36.5	
12 H	127X94	85		35.8°C	
18 H	112X90			35.6°C	
24 H	110-100	72		35.7	

12h Pct. segue no leito, sem queixas algícas, item ⑤, não admis-
trado, o período 33VV, segue dos cuidados Paulo

Alivio SSUV sigue los cuidados

EVOLUÇÃO DO CUPATIVO



Centro de Terapias

HGR

Paciente: *Monique da Sosse Subre*

Leito: *22*

Data: *17/04/2022*

Localização		Região: <i>MJL</i>		Região:	Grau: I () II ()	
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia () Outro:	() Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Necrose; Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <input type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia () Outro:	() Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <input type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia () Outro:	() Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <input type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	() Normal () Macerado () Outro:	() Eritema / Rubor () Seca () Outro:	() Eritema / Rubor () Seco () Outro:	() Purulento () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Granulação () Epitelização () Dreno/ Sonda () Outros	
Pele Perilesional	() Molhado () Úmido () Outro:	() Seco () Outro:	() Molhado () Úmido () Outro:	() Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Necrose; Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	
Quantidade de Exsudato	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Álcool 70%	() Molhado () Úmido () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Molhado () Úmido () Outro:	
Solução de Limpeza	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	() Diário () 48/48h	() Diário () 48/48h	() Diário () 48/48h	() Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:						
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
IDADE		LEITO	22	DATA
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			6/6
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:				
CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ				

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100x70	97	20	36,6	
12 H	110x80	89	21	36,5	
18 H	110x60	76	20	36,5	
24 H	100x80	77	19	36,3	

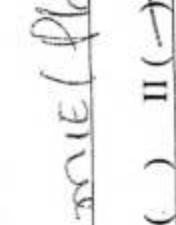
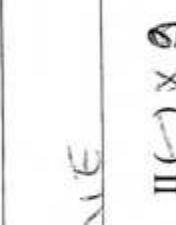
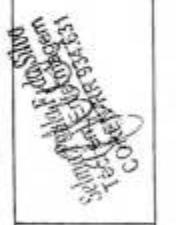
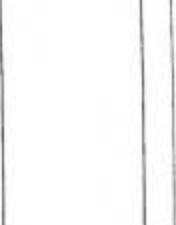
Dr. Lael do Santos da Silva
 Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
 Pomer 2015

VBS: As 08:00 da dia 28/04/20 (0 pacie) a paciente no leito mi-
ticada e fm e fm intensivista e segue aos cuidados
de enfermagem.

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

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 HGR Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo n° 1 Paciente: <u>Yanndine Sávio</u> Leito: <u>22</u>	Versão:08 Data: <u>18/04/2010</u>	Elaborada: <u>02/2013</u> Atualizada: <u>12/2018</u>
--	--	--	---

Localização    	Região: <u>Perna</u> Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	Região: <u>Perneira</u> Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>
Etiologia <p>() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> Fixador Externo () Ortopedia () Outro:</p> <p>() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros</p> <p>() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:</p> <p>() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:</p> <p>() Molhado () Úmido () Seco</p> <p>() Soro Fisiológico 0,9% () Álcool 70% () Clorexidina 2%</p> <p>() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:</p>	<p>() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> Fixador Externo () Ortopedia () Outro:</p> <p>() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros</p> <p>() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:</p> <p>() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:</p> <p>() Molhado () Úmido () Seco</p> <p>() Soro Fisiológico 0,9% () Álcool 70% () Clorexidina 2%</p> <p>() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:</p>	<p>() 12/12 () Diário () 48/48h</p> <p>() 12/12 () Diário () 48/48h</p>
Profissional que realizou procedimento: 	Observações: 	

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) 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	75	-	36,2	
12 H	144/87	75	-	36°C	
18 H	128/79	72	-	37°C	
24 H	130/80	74		36°C	

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

22

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
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)
 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 r/ orelhas

BEG, com comor taponica hidratada.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	120x70	-		36,6	
12 H	130x90	85	-	36,2	
18 H	120x80	88		36,7	
24 H	110x80	-		36,1°C	

P

Dr. Lael do Santos da Sil
 Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 2013

12h Realizadas medicações e SSVV matutina c/Pr de manhã

18:00h. Oficio SSVV, Gdm. a med.

CPM - Célia

obg post em repouso no leito, lucido, orientado; respirando
 em ar ambiente, normotensivo; fundos fonoelocicos 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				16:00
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: GUI: 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

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	125x77	74		36,6°C	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H	110/79	83		36,3°C	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H	110/75	77		36,4°C	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H	123x84	90.		36,9°C	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

19as o7hs → Paciente medicado CRM, aferido
 os svs vvv. Tec: Benivalda

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

22

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					

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

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

PENDENTE ECG E RISCO

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortsp)

CRM/RR 2124

CRIM/RK 2124

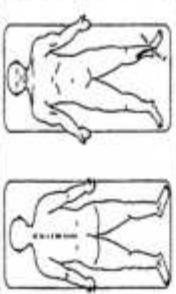
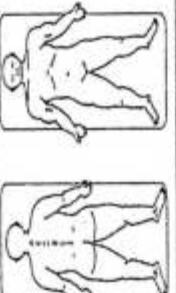
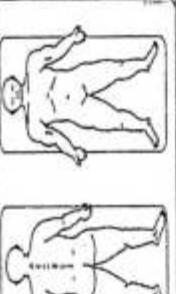
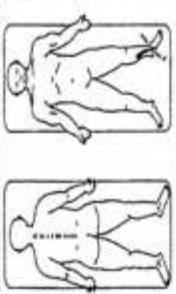
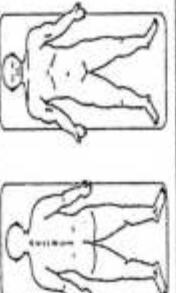
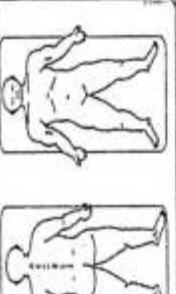
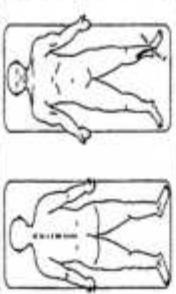
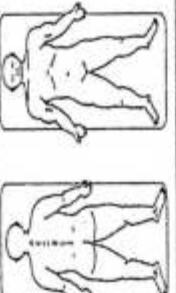
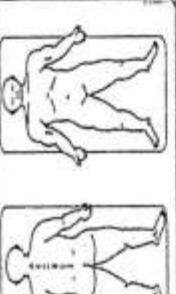
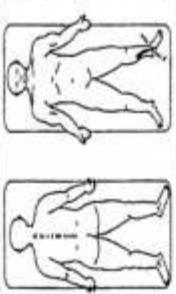
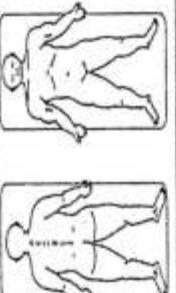
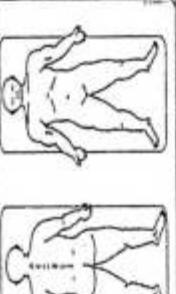
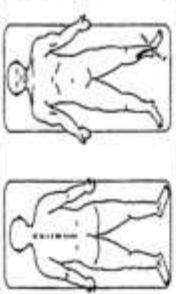
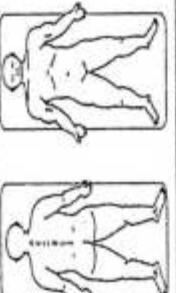
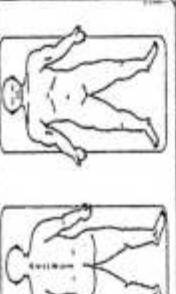
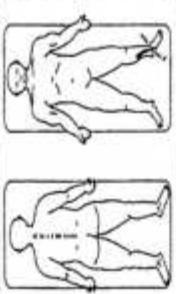
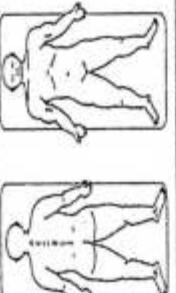
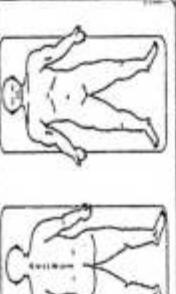
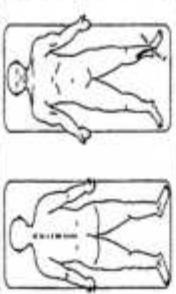
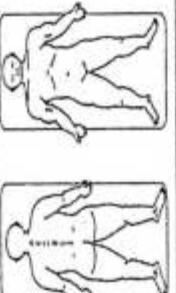
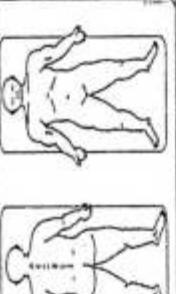
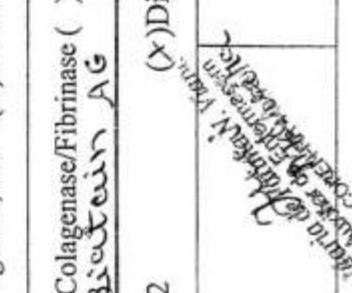
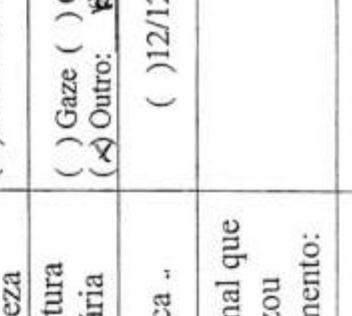
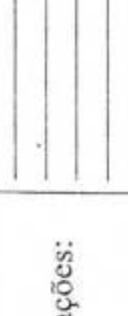
Don Marti
EBM/BB 2028

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	110x70	69		35.79	CRM/RR 2015 Loamir Viana (Res Ortop)
12 H	115x93	77		36.2°	CRM/RR 2124 Don Martins (Res Ortop)
18 H	110x70	84		35.1°	CRM/RR 2038 Bruno Vieira (Res Ortop)
24 H	120x80	83		36.6	CRM/RR 1231

12:00h - Jalan undilacão C-9-11
SSVU. verificado
11
Kênia Marcella das Campello
Téc. Enfermagem
COREN-RR 903.042 - TR
06h - Aferido SSVU. ADM. as med.
CPM. Sem queixas, segue curs
anidíssimo da enfermagem!
Realizado SSVU / COREN 976694

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 HGR Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1 Paciente: <u>Morumbi S. Silveira</u> Leito: <u>2,2</u>	Versão:08 Elaborada: <u>02/2013</u> Atualizada: <u>12/2018</u>
---	--	---

Localização   	Região: <u>M.I. E</u> Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>	Região: _____ Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
Etiologia <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> <u>Ortopedia</u> <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Esfáculo <input type="checkbox"/> Eritema/Sonda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro:
Aparência do Leito   	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Pele Perilesional   	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Tipo de Exsudato   	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato   	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Solução de Limpeza   	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Bucal</u> <u>Ag</u>	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária   	<input type="checkbox"/> Troca " <u>12/12</u> <input checked="" type="checkbox"/> Diário <u>48/48h</u>	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <u>48/48h</u>
Profissional que realizou procedimento: 	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	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 Pancit 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				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 DM/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

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

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

PENDENTE ECG E RISCO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	Lael Silva (Res Ortop)
6 H	100/70	84	-	36,2	CRM/RR 2015
12 H	114/88	-	-	36,0	Loamir Viana (Res Ortop)
18 H	111/70	69	-	36,0	CRM/RR 2124
24 H	118/83	86	-	36,0	Don Martins (Res Ortop)
					CRM/RR 2038
					Bruno Vieira (Res Ortop)
					CRM/RR 1231

11. Paciente no leito na enfermaria
SSVV sem queixas com: Roilla.

18/04 paciente no 2º andar
fazendo massagem corporal
e 55/100 segun sua
anamnese apura ob. bacteriana (49007995)



05:00 Realizado Coleta

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

23 das 1905 o fígado
04 Administrado }
20 medicamento de
Horácio, Heriberto
Síndrome vitais.

Raimundo L. da Silva
COREN-RR 00842-TE

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	24/4/2020
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				6/2
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H c/paciente ---				22/18/24/6
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 FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

PENDENTE ECG E RISCO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	Assinatura
6 H	120/80	80	-	36	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H	122/83			36.3°C	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H	120/80			36.9°C	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H	120/80	72	-	36°C	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

As 13as 19hs → Administrado medicacão epm
Verificado SSN Tel Roraima

As 19hs → Pacote acordado, consciente no tempo e espaço, expresso.
PXP membro superior direito, queixou-se de dor no acesso.

NOME: Mariam Souza Silveira IDADE: 43 anos

97

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
- $\text{PO}_2 < 60$ ou $\text{PCO}_2 > 50$	()
- $\text{K} < 3 \text{ mEq/L}$	()
- $\text{HCO}_3 < 20 \text{ mEq/L}$	()
- Uréia > 100mg/dl ou Creatinina > 3mg/dl	()
- AST anormal	()
- Paciente acamado por causa não cardíaca	()
Cirurgia Intraperitoneal, Intratorácica ou Aórtica	3
Cirurgia de Emergência	4

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

H.D.A:

H.P.P.: hipertensão arterial

Cirurgias prévias: colostomia.

Reflexo chilgo à dipiridame

H.FAM.: +

Tabagismo: 0

Etilismo: 0

Exame físico: auscultar

A.C.: RR 16 80 110 mmHg

PA: 120 x 80 mmHg

FC: 72 bpm

FR: 90 irpm

Exames Laboratoriais :

- Hb 11,5 g/dl; Ht 35 %; Leucócitos 11.000 PLT 163.000;

- TC — TS — TAP 34" INR 1,0

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

Radiografia de Tórax: SLT (N)

ECG: PSVT (N)

Comentários: Vdd paciente

Boa Vista/RR, 31/01/2010

Luis Amélia Moura de Oliveira
Clinica Médica Cardiologia
CRM: 0004747
Assinatura

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
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H <i>C/ 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					
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 GLUCOSE ≤ 70 DM/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

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

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

PENDENTE ECG E RISCO

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

15:00 Paciente reúsa coloração de AVP e item de medicacão 5, por
esta nem dor. *Tcc 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				8*
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

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 VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	130x70	83		36,2
12 H	140/97	84		36,7
18 H	131/91	80		36,4
24 H	130x70	75		36,1

pauta no leito. Estou com febre alta ssuu e sgn
ao encadeado 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				6.00
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

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	90/60	90		36.8
12 H	120/80	82		35.9
18 H	120/80	78		35.8
24 H	100/40	64		36.0

Calle Jardim G. M. Araújo
Enfermeiro de Enfermagem

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

18h. Administrada medicações
2 p.m. Ajerito SSVV, segue ixs
medicos:

Jaqueira de Roraima
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 54997-T

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Protocolo 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Paciente: <i>Marcos Henrique Souza</i>			
Leito: <i>Q. 22</i>	Data: <i>27/04/2020</i>		

Localização		Região: <i>Perna</i>	Região:	Região: <i>Perna</i>
Etiologia	(<input checked="" type="checkbox"/> LPP) III IV?* (<input type="checkbox"/> Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I (<input type="checkbox"/>) II (<input checked="" type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/> Queimadura (<input type="checkbox"/> Cirurgia (<input type="checkbox"/> DM (<input type="checkbox"/> Vascular (<input type="checkbox"/>) Outro:	Grau: I (<input type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)
Aparência do Leito	(<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra (<input type="checkbox"/>) Fracelado (<input type="checkbox"/>) Ferida fechada (<input type="checkbox"/>) Dreno/ Sonda (<input type="checkbox"/>) Outros _____	(<input type="checkbox"/> Granulação (<input type="checkbox"/>) Epitelização (<input type="checkbox"/>) Ferida Fechada (<input type="checkbox"/>) Dreno/Sonda (<input type="checkbox"/>) Outros _____	(<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Macerado (<input type="checkbox"/>)seca (<input type="checkbox"/>) Eritema / Rubor (<input type="checkbox"/>) Outro:	(<input type="checkbox"/>) Necrose: Amarela/Negra (<input type="checkbox"/>) Fracelado (<input type="checkbox"/>) Granulação (<input type="checkbox"/>) Epitelização (<input type="checkbox"/>) Ferida Fechada (<input type="checkbox"/>) Dreno/Sonda (<input type="checkbox"/>) Outros _____
Pele Perilesional	(<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>)seca (<input type="checkbox"/>) Eritema / Rubor (<input type="checkbox"/>) Outro:	(<input type="checkbox"/>) Seco (<input type="checkbox"/>) Sanguinolento (<input type="checkbox"/>) Serossanguíneo (<input type="checkbox"/>) Serossanguíneo (<input type="checkbox"/>) Seco (<input type="checkbox"/>) Outro:	(<input type="checkbox"/>) Purulento (<input type="checkbox"/>) Seroso (<input type="checkbox"/>) Sanguinolento (<input type="checkbox"/>) Serossanguíneo (<input type="checkbox"/>) Seco (<input type="checkbox"/>) Outro:	(<input type="checkbox"/>) Seco (<input type="checkbox"/>) Sanguinolento (<input type="checkbox"/>) Serossanguíneo (<input type="checkbox"/>) Seco (<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	(<input type="checkbox"/>) Molhado (<input type="checkbox"/>) Úmido (<input type="checkbox"/>) Seco	(<input type="checkbox"/>) Molhado (<input type="checkbox"/>) Úmido (<input type="checkbox"/>) Seco
Solução de Limpeza	(<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%	(<input type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% (<input 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 type="checkbox"/>) Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/>) Sulfadiazina de Prata (<input type="checkbox"/>) Hidrogel (<input type="checkbox"/>) Outro: <i>ANEXO A</i>	(<input type="checkbox"/>) Gaze (<input type="checkbox"/>) Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/>) Sulfadiazina de Prata (<input type="checkbox"/>) Hidrogel (<input type="checkbox"/>) Outro: <i>ANEXO A</i>	(<input type="checkbox"/>) Gaze (<input type="checkbox"/>) Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/>) Sulfadiazina de Prata (<input type="checkbox"/>) Hidrogel (<input type="checkbox"/>) Outro: <i>ANEXO A</i>	(<input type="checkbox"/>) Gaze (<input type="checkbox"/>) Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/>) Sulfadiazina de Prata (<input type="checkbox"/>) Hidrogel (<input type="checkbox"/>) Outro: <i>ANEXO A</i>
Troca	(<input type="checkbox"/>) 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário	(<input checked="" type="checkbox"/>) 48/48h	(<input type="checkbox"/>) 12/12	(<input type="checkbox"/>) Diário
Profissional que realizou procedimento:	Adonilide Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/PE		Bisclieira Coordenadora dos Núcleos Gestão e Fazenda Trabalho em Família COREN-RR 458.579-ENF	
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	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					
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 FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	Assinatura	CRM/RR
6 H					Lael Silva (Res Ortop)	CRM/RR 2015
12 H	110/70	82		36,6	Loamir Viana (Res Ortop)	CRM/RR 2124
18 H	111/70	80		36,4	Don Martins (Res Ortop)	CRM/RR 2038
24 H	133/78	78		36,14	Bruno Vieira (Res Ortop)	CRM/RR 1031

12/11/2020
Paciente no seu
fim muito
- saudável



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

Data: 28/04/2020

Enfermaria: 02

Leito: 22

Nome Completo: Marlene Sousa Silva DN: _____ / _____ / _____

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: Sim Não Padrão Contato Goticula - aerosol Goticula - perdigotosAlergia: Sim Não Qual(is): Dipirona / Diclofenaco Sexo: FF () 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 Afebril Febril Hipertérmico
 Isocáricas Anisocáricas Não reagentes Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

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

REGULAÇÃO TÉRMICA

 Normocárdico Bradicárdico Taquicárdico Normotenso Distendido Globoso
 Pulso Cheio Filiforme Arrítmico Ruidos Hidroaéreos: Presente Ausente
Exame Físico: Bulhas Cardiacas: Pulso: Alterações:

REGULAÇÃO ABDOMINAL

 Espontânea SVD Fralda Uropen Vôo SNG/SOG SNE/SOE GTT
 Anúria Oligúria Cistostomia Aceitação da dieta: Sim Não Parcial
 Irrigação contínua: Outros: Evacuações: Presente Ausente Colostomia
Alterações: Hidratada Desidratada Ressecada Flatos: Presente Ausente
 Normocorada Ictérica Anictérica Edema Local: _____ Risco de Lesão Sinalizado:
Lesão por pressão: Sim Não Região: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: <input checked="" type="checkbox"/> Aciso	Data: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Trocárem: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Curativo realizado em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Trocárem: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Sinais de Infecção no sítio da punção:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Quantidade: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Dreno de: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Aspecto da secreção: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Curativos: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: <input checked="" type="checkbox"/> MIE		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão
<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Quedas
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Comunicação deficiente
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda		6. Estado Mental	Prescrição de Cuidado Prev Quedas
Não	0	Orientado/limitado/conhece as limitações	<input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas
Sim	25	Superestima capacidade/Esquece limitação	<input type="checkbox"/> Identificar o risco de queda na placa de identificação

2. Diagnóstico Secundário		TOTAL:	<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente na higiene
Não	0	Risco Baixo: 0 - 24	<input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Sim	15	Risco Médio: 25 - 44	<input type="checkbox"/> Manter cama com rodas travadas

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		Risco Alto: Maior que 45	<input type="checkbox"/> Necessidade de contenção ao leito
Não	0	Sinalização do Risco:	<input type="checkbox"/> Manter vigilância de / horas.
Sim	20	() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	<input type="checkbox"/> Calçado seguro nos pés

4. Auxílio na Deambulação		() Risco registrado na placa de identificação leito	<input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ao alcance da mão
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0		<input type="checkbox"/>
Muleta/Bengala/Andador	15		
Mobiliário Parede	30		

5. Marcha/Deambulação		Registro Geral:
Normal/Sem deambulação/Acamado	0	
Fraca	10	
Comprometida/Cambaleante	20	

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) <i>18:00</i>
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H				<i>22 18 24 06</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				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. GUI: 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

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 VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100x70	75	17	36.2
12 H	114/76	70	-	36°C
18 H	116/79	71	-	35.8
24 H	100x70	64	17	36.3

061/00 paciente no leito, respira óxige moderado, com intubada de medição capn, exceto item A paciente respira por pressionador. Sigue uso intubador de perfusão. TEE *—* negativo.

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
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				
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					
<small>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</small>					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

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

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	140x84	75		36°F	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H	120x78	71		36,7°C	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H	120x80	72		36,0	Dan Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H	130x90	76		36,0	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

12h - P.t. no leito, bem quiéxas algicas, aferido 36,7°C *sem suspeita de infecção*

pronto para o procedimento sem algicas

1º Período SSVV, se ciente dos cuidados da enfermagem.

Françolinha
COREN-RR 255.761



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

Data: 30/04/2020Enfermaria: 02Leito: 22Nome Completo: Marlene Sousa SilvaDN: 1/1

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: Sim Não Padrão Contato Gotícula-aerosol Gotícula-perdigotosAlergia: Sim Não Qual(is): Dipirrona / Diclofena Sexo: F MPaciente Indígena: Não SimNecessidade 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 Afebril Febril Hipertérmico
 Isocôricas Anisocôricas Não reagentes Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR

 Normocárdico Bradicárdico Taquicárdico Normotenso Distendido Globoso
 Pulso Cheio Filiforme Arritmico Ruidos Hidroáreos: Presente Ausente
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: P脉: Alterações:

REGULAÇÃO ABDOMINAL

 Espontânea SVD Fralda Uropen Vôo SNG/SOG SNE/SOE GTT
 Anúria Oligúria Cistostomia Aceitação da dieta: Sim Não Parcial
 Irrigação contínua: Outros: Evacuações: Presente Ausente Colostomia

CARACTERÍSTICAS DA PELE

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

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: Sim Não Local: SI 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

<input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão
<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Quedas
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Comunicação deficiente
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental	Prescrição de Cuidado Prev Quedas
Não	Orientado/limitado/conhece as limitações	<input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas
Sim	Superestima capacidade/Esquece limitação	<input type="checkbox"/> Identificar o risco de queda na placa de identificação

2. Diagnóstico Secundário

TOTAL:		
Não	Risco Baixo: 0 - 24	<input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Sim	Risco Médio: 25 - 44	<input type="checkbox"/> Manter cama com rodas travadas

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Risco Alto:	Maior que 45	
Não	Sinalização do Risco:	<input type="checkbox"/> Necessidade de contenção ao leito
Sim	() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	<input type="checkbox"/> Manter vigilância de ____ horas.

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	<input type="checkbox"/> Calçado seguro nos pés
Muleta/Bengala/Andador	15	<input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ao alcance da mão
Mobiliário Parede	30	<input type="checkbox"/>

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado	0	
Fraça	10	
Comprometida/Cambaleante	20	

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS AB/CJ/DE/H

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM				HORÁRIO
() Orientar presença de acompanhante				
() Proporcionar ambiente tranquilo, limpo e arejado	12	18	24	06
() Aferir e registrar os sinais vitais				
() Administrar medicações prescritas				
() Estimular, auxiliar e supervisionar deambulação				
() Manter cabeceira elevada				
() Verificar saturação de O ₂				
() 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				
()				
()				

A55:

PERÍODO VESPERTINO

O paciente encontra-se em repouso no leito; eupépsia; hidratado; si queixas no momento.

Ramón
R. S. bustos
Rumíndia
Euterpeella
COREN 6233-6-ENF

PERÍODO NOTURNICO

A55

PERIODO VESPERTINO

Reserve no. 1000
Date 5/20/00
Ordnance

ASS: He-ju's son

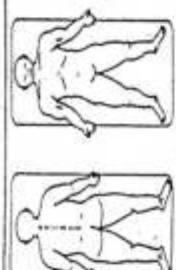
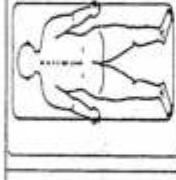
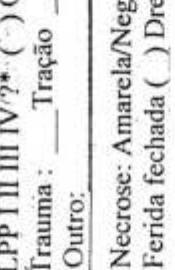
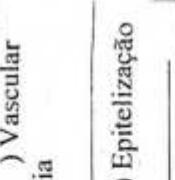
PERÍODO NOTURNO

155

455

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 HGR Hospital Geral de Ribeirão Preto	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1 Paciente: <u>José Weyder SoeVigas da Cunha</u> Leito: <u>22</u>
		Versão:08 Elaborada: 02/2013 Atualizada: 2/2020

Localização      	Região: <u>Lateral</u> Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> Etiologia <input type="checkbox"/> LPP I II III IV?* <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Região: <u>Abdominal</u> Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> Aparência do Leito <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	Região: <u>Genital</u> Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> Pele Perilesional <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Isca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
		Outro: <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input 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 checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Solução de Limpeza <input type="checkbox"/> Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	
Troca <input type="checkbox"/> Professional que realizou procedimento:	<u>()</u> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48h	<u>()</u> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input checked="" type="checkbox"/> 48h/48h	
		Observações: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Carvalho Góes Ana Carolina Soárez Góes Gestante 26 Anos Gestante 26 Anos COREN-RR 0222 CRM-RR 468.579-ENF </div> <div style="width: 45%;"> Carvalho Góes Ana Carolina Soárez Góes Gestante 26 Anos Gestante 26 Anos COREN-RR 0222 CRM-RR 468.579-ENF </div> </div>	

2 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	1/5/2020
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) 5em AMR.
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 FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	Assinatura	Nome	Matrícula
6 H	123/86	77		35.8		Lael Silva (Res Ortop)	CRM/RR 2015
12 H	130/81	69		36.4		Loamir Viana (Res Ortop)	CRM/RR 2124
18 H	152/71	68		36.7		Don Martins (Res Ortop)	CRM/RR 1038
24 H	120/80	66		36.2		Bruno Vieira (Res Ortop)	CRM/RR 1231

OBJS 19 : Verificado SSW + cefalotin
ZP/Leão

19 de 07. adm. med epm
afeudo ssv. segue
aos cuidados da enfermeira em.

Maria Antonia Costa
Auxiliar Enfermeira
Cofre N° 149.284

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas –	Protocolo nº Paciente: Leito:
HGR	

Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2024
Paciente:	<u>Monica S. S. da C.</u>		Data: <u>01/05/20</u>
Leito:	<u>001/020</u>		

Localização		Região: M/C		Região:
Etiologia	() LPP I II III IV?* () Trauma: _____ () Outro:	Grau: I () II (/) () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Tração ____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	Grau: I () II (/) () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ____ Tração ____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros		
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:		
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	Maria da Penha N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 40.709	Jucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 43.554		
Observações:	Maria da Penha N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 40.709	Maria da Penha N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 43.554		
		Luzelia Carvalho Góes Gestante de Núcleo Tratamento e Fertigação Fernandes ENF Caron-RR 408.578		
		Caron-RR 408.578		
		COREN-RR 408.578		

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
IDADE	LEITO	22	DATA
ÍTEM	PREScriÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	SF 0,9% 500ml EV ACM		
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H SN		
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		
9	SSVV + CCGG 6/6 H		
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 .

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITAPA	FC	FR	TEMP	
6 H	120/80	87	36°	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H	120X80	67	36°	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H	110X80	77	36°	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H	125/83	70	35,6°	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

19-05-07 paciente orientado,
administrando medicamentos
segundo as indicações da
infração.

Memória Pereira da Silva
Auxiliar de Enfermagem
00-00107069 AE

53
LJ

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, zero APÓS 22h				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM 8/8h				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6/0
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 VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	120x80	75		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

06/05/2020 | 09:00 | 84 | - | 36.9



CRM/RR 2231

Centro de Especialidades Médicas
Tec de RR 31
COREN/RR

 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 - N° DO PRONTUÁRIO	
<i>Mariam Souza Silva</i>			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
<i>203403226324417</i>		/ /	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3		<i>Raimunda Nonata da Souza Silva</i>	
11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE		12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	
		<i>BV</i>	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
<i>BV</i>		15 - UF	
		16 - CEP	
		<i>242</i>	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
<i>Fratura de trânsito mandibular E</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
<i>Tromboembolismo pulmonar</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
<i>RX</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	
<i>Fratura trânsito mandibular</i>		<i>C7</i>	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
		<i>fractura</i>	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
<i>Ortopedia</i>			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		<i>DT. Ribeiro 10/13</i>	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
<i>Clínica particular</i>		<i>Continuada</i>	
28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		<i>CRM 108.14</i>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
<i>Rogério D. Dolim</i>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 32-ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		<i>04/05/2010</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - N° DO BILHETE	
35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
<input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO			
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
		<i>0408050578</i>	
46 - DOCUMENTO		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		<i>04/05/2010</i>	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		<i>5825</i>	
		<i>V299</i>	
		<i>4-5</i>	



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 04 / 05 / 2020 O.S _____

Mariam Sanya Guica

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Obstrução de trânsito intestinal E*

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: *Outpatiente*

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGÃO: *Dr. Henrique D. Pires* 1º AUXILIAR: *Dr. Dorian*

2º AUXILIAR: *Dr. Henrique D. Pires* INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Documento com DDM mais antigo;
2. AA + CCE;
3. Interno obliqua pelo anel anal + direcionar + encarcerar + paroxismo de 2 para fumar impulsionar correndo fogo fumante + continente esofágico + LMC + Sutura + curvatura;
4. RPA.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Maurine Soysa Silveira 43 a RI eletro												Surgio D'Funes																
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE / HORA - EFEITO												Nº Boa Vista - 1107																
A G E N T E S	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45									
	02																											
LÍQUIDOS VENOSOS																												
DA X	240																											
ULSO •	220																											
ANES X	200																											
OP O	180																											
TEMP □	160																											
ASPR. A	140																											
RESP D	120																											
	100																											
	80																											
	60																											
	40																											
	20																											
	Expir.																											
	Asthet.																											
	Contro																											
SÍMBOLOS																												
AGENTES	DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES																							
A	Magistério em ligeira Rax		Respirar oxigênio		Yanomamôs ③ checagem																							
B																												
C																												
D																												
E																												
F																												
G																												
GLUCOSE	LÍQUIDOS		Cápsula - Naso / Oro Faringea Naso / Crisáquica - Cego Bri - Tamp - Calibr do Tubo Bob Máscara Dificuldade Técnica																									
NOCD																												
SANGUE																												
TOTAL			TEMPO DE ANESTESIA																									
OPERAÇÃO																												
ostogresssten Enduro Molesta M. (E)																												
ANESTESIA	CÓDIGO		CIRURGÃO		PERDA SANGUÍNEA																							
Dr. Robson			Dr. Rogerion Solson																									

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

PRÉ- ANESTÉSICO

Nome _____	Enf. _____	Leito _____	Serv. _____																
Sexo: _____ Cor: _____ Idade: _____ Peso: _____	Alt: _____ Classe: _____ Data: _____ / _____ / _____	Hora: _____																	
Direção: Pre-OP: _____	Pai/Or. Assoc.: _____																		
Cir. Proposta: _____																			
Anest. Ant: _____	Sangue Tipo: _____ Leuc: _____ Ht: _____ Hb: _____																		
Alergia: _____	Hm: _____ tc: _____ ts: _____ p. Leço: _____																		
Alcool: _____ Fumo: _____	r. Coag: _____ Pg: _____ Ureia: _____																		
DROGAS: (Corticóide, fenotiazinico, hipotensor, narcotrófico, hipótico, digitalico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfato, casopressor, IMAO, outros)																			
Estado Mental: _____	Boca: _____	creat: _____ Glic: _____ Na: _____ mEq/l																	
Pescoço: _____	Veias: _____	Cl: _____ mEq/lk: _____ mEq/l pH: _____ pO ₂ : _____	pCO ₂ : _____ BA: _____ BB: _____ BS: _____ BE: _____																
RX: _____	URINA: d: _____ pH: _____ glic: _____ Alb: _____																		
Fosos: _____	Sedim: _____																		
Hepatograma: _____	Ap. gen. Uri: _____																		
Ostros: _____	AP. Resp: _____																		
Parecer Clínico: _____	AP. Circ: _____																		
PA: _____ P脉: _____	AP. Digi: _____																		
Temperatura: _____																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Medicação Pré - Ant.</th> <th style="width: 25%;">DOSE</th> <th style="width: 25%;">VIA</th> <th style="width: 25%;">HORA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA												
Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA																
Est. Fis (ASA) _____ AN. Proposta _____																			
NB: _____																			
Assinatura _____																			

PÓS-ANESTÉSICOS

<p>NA SALA DE RECUPERAÇÃO</p> <p>Data <u>04/05/20</u> Hora <u>02:30</u></p> <p><i>Pac em ótima recomendação.</i></p> <p><i>J. Reg</i></p> <p>Assinatura _____</p>	<p>NA ENFERMARIA</p> <p>Data _____ / _____ / _____ Hora _____</p> <p>Assinatura _____</p> <p>Assinatura _____</p> <p>Assinatura _____</p> <p>Assinatura _____</p>
---	---



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: <i>Ortopedia</i>		Procedimento Realizado: <i>Orto assistente fut. M. Melo</i>		
Nome do Paciente: <i>Marcene Souza Silva</i>		IDADE: <i>43</i>	SEXO: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> (1)	Nº do Prontuário	Data <i>04/05/2020</i>	
Bloco: <i>E</i>	Enfermaria: <i>52</i>	Leito:	Nº da Sala <i>04</i>	Circulante de Sala: <i>Ademilton Rappello</i>		
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:						

Dados dos materiais/Serviço

MÉDICO CIRUJÃO: Dr. Roger

1º AUXILIAR: D. Dalton

INSTRUMENTADOR·

Empresa ()	Nome da Empresa:SIRIUS ()/SINTESE ()/QUANTUM () ATHENA ()/MACON ()	Marca:
ITEM	DESCRÍÇÃO DO ITEM	QUANT

MÉDICO CIRUJÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

- 111 -

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

Clark's Fr. Tern nest record
Cassum
Aug 20 40

adult female

in nest of nestlings W

all feathers well mottled HO

brown

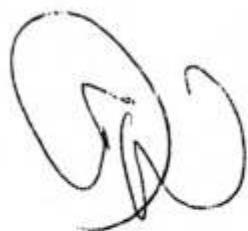
E

X)

1

long wing in original condition
short wing in original condition

L
S



nestling

nestling



TRADA
DA

000.000.485
Série 001
Folha 4/5

CHAVE DE ACESSO

1413 1184 0362 6800 0173 5500 1000 0004 8516 3406 8139

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

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

314130002114633 - 20/11/2013 09:18:02

SUJEST. TRIBUT.

CNPJ

84.036.268/0001-73

NOME DO PACIENTE

W. arlene

CIRI

W. t.

	CST	CFOP	UN.	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
001825	40	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001826	0	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001827	2	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001828	1	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001829	1	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001830	1	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001831	1	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001832	1	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001833	1	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001834	00162	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001835	001756	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001836	001757	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001837	001758	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001838	001760	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001839	001761	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001840	001763	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001841	001764	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001842	001765	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001843	001766	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001844	001767	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001845	001768	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001846	001769	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001847	001770	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001848	001771	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001849	001772	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001850	001773	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001851	001774	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001852	001776	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001853	001777	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001854	001779	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001855	001780	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001856	001781	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001857	001783	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001858	001785	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001859	001786	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001860	001787	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001861	001789	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

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

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Rac. adambolado na SO 04 para o tratamento da mucosa (E) não representou ao tâmbor nem inchaço em a SGP.

Responsável:

Código 69381K

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Antônio São João. Silveira

Responsável Cirurgião Dra. Renan | Pediátrica

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

() Identidade

Sítio Cirúrgico

() Procedimento

Consentimento Sim Não

RISCO CIRÚRGICO

Aplica Não Não se Aplica

SÍSTO DEMARCADO

Sim Não Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA
 OXIMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALÉRGIA CONHECIDA

Não Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
 Não
 Sim, e equipamento/assistência disponíveis para fluidos

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml
 Não
 Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura L. B. R. / 11/11/10
Data / / Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dra. Fábia

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFERMARAM VERBALMENTE:

- () Identificação do paciente
- 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.

Não se aplica

Sim,

Qual: _____

Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

Sim

Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
 Sim Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
 Sim Não Não se Aplicam
- 3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
 Sim Não Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
 Sim Não

() O CIRURGIAO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
 Sim Não Não se Aplica

Assinatura e Carimbo
Quarta, 09/38/10

L. 53

ALERGICA A DIPIRONA L 53

Marlene Souza Silva

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
PACIENTE Marlene Souza Silva				
AGNÓSTICO Fx: Marlene Souza Silva (E)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		DATA	04.09.2010
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			Manhã
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			SIN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H Marlene			(12) (18) (24) SUSPE
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA			06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SIN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			SIN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			(12) (20) 04
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	SSVV + CCGG 6/6 H			Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO			Rotina
15	Glicurometria dg (EU) 12/12H			10 22
16				
17				
18	Dr. Fernando Rezende Médico Residente Ortopedia e Traumatologia			
19				
20				CRM-RR 2007
21				

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

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
- # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORÁDO, HIDRATADO.
- # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TDX
12 H	130x80	76	16	39.5°C Dextro.
18 H	120x80	80		36.9°C
24 H				

Bosineth Silva Oliveira
Téc de Enfermagem
COREN-RR 005.1303
Tratamento de Traumatologia
CRM-RR 203.883
Márcia Souza Brandão
Téc de Enfermagem
COREN-RR 00066111
Silvana Souza

Silvana Souza

* Realizado sobre
medidações matutino.

Rosane Oliveira
Téc Enfermagem
COREN-RR 051.393

Maria R. Vale Oliveira
Téc Enfermagem
COREN 000664198

M. Francisco S. Vazquez
Téc Enfermagem
COREN RR 639.905

0303 - 09 - 00

Maria R. Vale Oliveira
Téc Enfermagem
COREN 000664198

Iran R. da Silva
Téc Enfermagem
COREN-RR 051.883

Symptomas

Paula Brandão
Téc Enfermagem
0629.841 TE

Maria Cláudia Oliveira Corrêa
Téc. Enfermagem
COREN-RR 449756



Ao Contrário.

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 04/05/2010

PACIENTE: Alvarenga Sampaio Silveira DN: 61

DIAGNÓSTICOS: Pai - ap. Fractura tibial com luxo (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:

Oxigenoterapia a Fx Alvarenga Sampaio (F)

10- EVOLUÇÃO CLINICA:

BGG, h0TG, Exame Sua intubação

Boa Vista, 04 de Junho de 2010. Hora: 09:00

Dr. Fernando Regende
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS-2007

CRM ZR / 2007

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

~~Marco Roberto B. de Souza~~
Diretor Técnico HGR
CRM 1422-A

CRM _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
() HC () HLI () HMI () OUTRO Conselho



HGR

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

Eu Marilyne Souza Silveira

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 retransferencia 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 médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

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

6.) Confirmei que recebi explicações, li, comprehendo, 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 2010.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirme 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 Medico 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 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					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM AGULHA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-240: 24UH 251-300: 4UH 301-350: 6UH 351-400: 8UH ≥ 400: 10 UH. OG GLICOSE ≤ 70 DM/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR FLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

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

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
6 H					Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
12 H					Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
18 H					Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231
24 H					

* Clínica 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 FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
6 H					Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
12 H					Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
18 H					Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231
24 H					

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					
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 GLUCOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

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

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP	
6 H				Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H				Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H				Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H				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
OSTEOSSINTSE 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 RAIO X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.**

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR Vitor Hugo

terça-feira, 5 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Vitor Hugo
Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR
CRM/RN 2124



E

21/05/2020

Iam real

Iam real

21/05/2020
MARLENE SOUZA SILVA
3929

HOSPITAL CORONEL MOTA

Marcos



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO:

13/10/2016

REGISTRO
GERAL

239717

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATIVIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Portaria Presidencial do Município de Boa Vista - RR

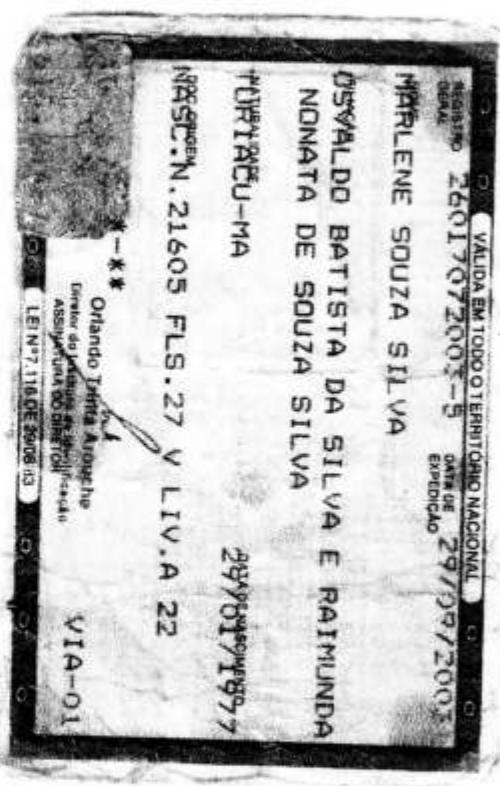
2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1





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

Valorização 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 COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/04/2020

Titular do CPF: MARLENE SOUZA SILVA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

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 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 Marilyn Souza Silva ESTADO CIVIL Sófia
NACIONALIDADE Brasileiro RG 26047072-003-5
PROFISSÃO autônomo ENDEREÇO Al. Parana 738
CPF 005.894.983-63 CIDADE Barreto
BAIRRO Lagoa Serrinha
CEP 69.317-599.

VITIMA Marilyn Souza Silva DATA DO ACIDENTE RIO/2000
CPF 005.894.983-63 DATA DE FALECIMENTO 13/04/16
NATUREZA () DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA :

NOME William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE Brasileiro
ESTADO CIVIL Casado
PROFISSÃO autônomo ÓRGÃO EMISSOR SSP RR
Nº DO RG 23971
DATA DE EMISSÃO 13.04.16
Nº CPF 825.396.393-20
ENDEREÇO Rua cc 11 294 Lameira Monroe

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por mobilidade, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, 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.

Bauru 27 de Maio de 2020

Marilyn 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/04/2020

Titular do CPF: MARLENE SOUZA SILVA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

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 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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO