
Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200277178

Vítima: JULIO MENEZES PALACIO

Data do Acidente: 08/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO MENEZES PALACIO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200300344

Vítima: JULIO MENEZES PALACIO

Data do Acidente: 08/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO MENEZES PALACIO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200300344

Vítima: JULIO MENEZES PALACIO

Data do Acidente: 08/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIO MENEZES PALACIO

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\$ 4.893,75

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JULIO MENEZES PALACIO

Valor: R\$ 4.893,75

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000029448-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 032.685.812-18 3 - CPF da vítima: 032.685.812-18 4 - Nome completo da vítima: Filho Muniz Palácio

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

5 - Nome completo: Filho Muniz Palácio 6 - CPF: 032.685.812-18
7 - Profissão: Autônomo 8 - Número: 447 10 - Complemento:
11 - Bairro: Silvius Norte 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-358
15 - E-mail: 99113-3865 16 - Tel.(DDD): 99113-3865

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 6953 CONTA: 29448 (2)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, e a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(viçoso)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos: falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Anexar cópia digital da vítima ou beneficiário

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 23 de julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Filho Muniz Palácio

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA: **332/2020** DATA: 16/03/2020 HORA: 10:00

ATENDENTE: JAILSON MEDEIROS DELEGADO (A) TITULAR: CID GUIMARÃES

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 08/02/2020 HORA: 08:00

LOCAL: BR 174 - VILA DE NOVA COLINA - ÁREA RURAL

DADOS DO COMUNICANTE

NOME: JOÃO LOPES PALACIO NETO RG: 2061887/ PA CPF: 572.170.922-72
DATA DE NASCIMENTO: 12/12/1968 IDADE: 51 ANOS SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: CODÓ UF: MA
PAI: RAIMUNDO LOPES PALACIO MÃE: JOVENILIA FEITOSA PALACIO
GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO MÉDIO
ENDEREÇO: VILA DE NOVA COLINA - S/N - QUADRA 12 - LOPE 13 - BAIRRO: JÚLIO ARCANJO
TELEFONE: 99175-0455

DADOS DO ENVOLVIDO

NOME: JULIO MENEZES PÁLACIO RG: 7570254 CPF: 032.685.812-18
DATA DE NASCIMENTO: 16/02/1996 IDADE: 24 ANOS SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: URUARÁ UF: PA
PAI: JOÃO LOPES PALACIO NETO MÃE: SILVANIA MARIA DE MENEZES
GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO MÉDIO
ENDEREÇO: VILA DE NOVA COLINA - S/N - QUADRA 12 - LOPE 13 - BAIRRO: JÚLIO ARCANJO
TELEFONE:

CÓDIGO

INFRAÇÃO

DESCRIÇÃO

1001

INFRAÇÃO DE TRÂNSITO

INFRAÇÃO DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado, compareceu nesta Delegacia de Polícia o Senhor **João Lopes Pálacio Neto**, GENITOR de "Júlio Menezes Pálacio", para comunicar o acidente de trânsito ocorrido com seu filho no dia 08/02/2020 por volta das 08:00 horas, que o comunicante se deslocava em um caminhão e seu filho numa Motocicleta de Placa PHF-8385, quando um dado momento seu filho derrapou e colidiu com o caminhão, sofrendo Grave Lesão, tendo quebrado Fêmur Direito, Braço Direito, Bacia e Clavícula, conforme guia de atendimento Médico. É o relato.

JAILSON MEDEIROS
AGENTE DE POLÍCIA

João Lopes Pálacio Neto
JOÃO LOPES PALACIO NETO
COMUNICANTE / RESPONSÁVEL

DESPACHO

- () Fato atípico, archive-se. () Intimar Comunicante () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se _____ art(s) _____
() Encaminhe para outra(s) providência(a): _____
Intimado para dia ____/____/____ as ____:____
Testemunhas: _____ Delegado(a) de Polícia Civil
() Comunicante renúncia ao exercício do direito de queixa, conforme assinatura abaixo:
_____, data ____/____/____, horário: ____:____

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denunciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.
O comunicante ao ser intimado deve apresentar documentação do objeto referente a ocorrência.

Delegacia de Rorainópolis
End.: Rua Hildemar Pereira do Figueiredo, s/nº, Cep.: 69373-000, - Pantanal - Rorainópolis/RR
Telefone: Plantão (95) 3238-1329/197 ou Gab. 3238-2114 - e-mail: dprorainopolis@pc.rr.gov.br

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **232.685.812-18** **FILIO MENEZES PALACIO**

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

5 - Nome completo: **FILIO MENEZES PALACIO** 6 - CPF: **232.685.812-18**
7 - Profissão: **Autônomo** 8 - Número: **447** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Silvius Norte** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.314-358**
15 - E-mail: **99113-3865** 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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **Itaú**
AGÊNCIA: **6953** CONTA: **29448** **2**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 teve filhos? ☐ Sim ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Fallecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(v)es? ☐ Sim ☒ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Fallecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

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

34 - Imagem digital da vítima ou beneficiário
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Boa Vista RR 23 de julho de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **FILIO MENEZES PALACIO**
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):
43 - Assinatura do Procurador (se houver): **William Gonçalves**

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.893,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIO MENEZES PALACIO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000029448-2

Autenticação:

B578A5F23D784C9E7E7C625E3678ECA0FA459D1A544A13C05EAF4F4B08AFCC05

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

Nº da Nota Fiscal: 003272277

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	651	523,28

RONALDO DOS SANTOS LIMA

R. SEBASTIAO ARI PAIVA 441 - R. SÉLVIO LEITE

CPF: 00038196743220

CEP: 69.314-358 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.09.676650

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	73075		Atual: 18/07/2019
Anterior:	72424		Anterior: 17/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 18/03/2019
Consumo Medido:	651		Emissão: 17/07/2019
Consumo Faturado:	651	ECAN	Apresentação: 18/07/2019

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classes/Subclasses	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Méda 12 meses
COMERCIAL	TRI	E2906086	N 1420162	3.1.3.3	482

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 238	CONSUMO 651 A R\$ 0,764602 = 497,75
MAI/19 587	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
ABR/19 653	
MAR/19 596	
FEV/19 520	
JAN/19 380	
DEZ/18 440	
NOV/18 503	
OUT/18 405	
SET/18 226	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 651 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Observações
06/2019	262,05	Unidade consumidora substituída e a tarifa elétrica a partir de 02/08/2019. Funcionamento das contas revisadas nesta fatura. O não pagamento poderá acarretar taxa- ção a inclusão do nome do usuário na RESTOR, informando ainda a partir das datas vencidas e as revisões no valor de R\$ 49,87 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIQUE 0800-7019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

0454 4869 6070 0236 DCSE 1057 1002 CEFE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 127,88	Base de Cálculo: 497,75
Energia: 271,18	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 84,61
Encargos: 14,08	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 0,00	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99

5,16 14,00 1,01

FLORESTA

ROT: 11.001.19.09.676650



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

SEU CÓDIGO

0062263-0

MÊS FATURADO

07/2019

Nº da Nota Fiscal:

05/2019

192,59

TOTAL A PAGAR - R\$

523,28

VENCIMENTO

06/08/2019

003272277 ECAN

83676000005 9 23280075000 1 0000000006 16300719008 9



SEQ.: 00182 UC: 0062263-0 DT. LEIT.: 18/07/2019 T. ENTR.: 07
LEITURA: 73075 NORMAL TOTAL: 523,28 CARGA: 019
DT. VENC.: 06/08/2019 TRREG.: 000 COLETOR: 1221

**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**

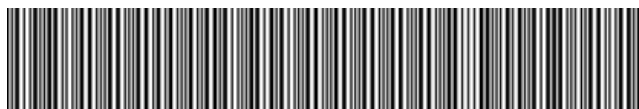
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

William Gonçalves Franco

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 885.396.343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Julio Menezes Palacio

inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.685.812 / 18

do sinistro de DPVAT cobertura incalculável

da vítima Julio Menezes Palacio

inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.685.812 / 18, 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:

Rua CC 11

Número:

294

Complemento:

Bairro:

Laura Moura

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.318-050

E-mail:

Wfranco99@gmail.com

Tel.(DDD):

99113-3855

Local e Data:

Boa Vista RR 21 de julho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação

Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

2001225378

28/02/2020 16:31:11

FICHA DE ATENDIMENTO ORTOPEDIA

DIURNO 07-19

1

Paciente

JULIO MENEZES PALACIO

Data Nascimento

16/02/1996

Idade

24 A 0 M 12 D

CNS

203163415890003

CPF

03268581218

Prontuário

00178589

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

NAO

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

BRASILEIRA

Mãe

SILVANIA MARIA DE MENEZES

INFORMADO

NI

Contato

Endereço

AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - SN - AEROPORTO - BOA VISTA - RR

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

SPA - PRONTO ATENDIM

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

SALA DE GESSO/ORTOPEDI

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

REILA RODRIGUES

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AQ: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ^h)

Pct eucamete do HC.

Exame Físico

RT pulm + 21 fur

Hipótese Diagnóstica

Fx lim clareto e pulm.

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revólva☐ Transf. Inicia para:☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Nta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: reila.rodrigues
Data Hora: 28/02/2020 16:34:27

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



2501225378



PREFEITURA MUNICIPAL DE RORAINÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU192 / RORAINÓPOLIS



FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: Samu Equipe: Condi. Jefferson Maria Vaz
Paciente: Leilio Menezes Palácio Idade: 23 Sexo: M
Endereço: BR 174, depois de nova alina

CHAMADA

Nº 08 DATA 08/02/2020 HORA SAÍDA: 07:30
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Genico HORA CHEGADA: 07:55
MOTIVO ☐ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ OUTRO

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

MECANISMO DE TRAUMA			
AUTOMÓVEL ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro	AUTOMÓVEL ☐ Uso do cinto ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag MOTO/BICICLETA ☒ Acidente com moto X <u>Carro</u> ☒ Condutor ☐ Carona ☒ Com capacete ☐ Sem capacete ☐ Bicicleta ☐ Condutor ☐ passageiro	VIOLÊNCIA ☐ FAF ☐ FAF ☐ Espancimento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro: _____	OUTROS ☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeito ☐ Queda, Altura aprox.: _____ ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros: _____
AVALIAÇÃO INICIAL			
Vias Aéreas ☐ Dispneia ☐ Bradpneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apneia ☐ Outro: _____	Ventilação ☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa	Circulação ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente	Aval. Neurológica ☐ AVDN ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Otorrêa ☐ Otorrêa ☐ Rinorrêa ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ DNV

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

SINAIS VITAIS E ESCORES									
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. °C.	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <u>08:35</u>	<u>110/60</u>	<u>105</u>	<u>18</u>	<u>98</u>	<u>36,5</u>	<u>1</u>	<u>100</u>	<u>10</u>	<u>10</u>
Fim									
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA									
Pele ☐ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	Cabeça ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. Penetrante	Face ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	Pescoço ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisma Sub-Cutâneo	Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento	Abdome ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração				
Pelve ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor	Membros ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações ☒ Fratura ☐ Amputação							
AVALIAÇÃO CARDÍACA			AFECÇÃO CLÍNICA			HISTÓRIA PEGRESSA			
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutuer	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assístolia	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☐ Alergias ☐ Outros				
GRAVIDADE COMPROVADA	☐ ILESO ☐ SEVERA	☒ EQUÍVOCO ☐ MORTE ☐ MÉDIA ☐ INDETERMINADA ☐ OUTRO							

Jr. Oscar E. Riss Quirôga
Clínico Geral/CRM-RR 1599

08 FEV 2020

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local
☐ Recusa de hospitalização
☐ Trote
☐ Bombeiro no local:

☒ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ Bombeiro
☐ Outros:

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

RCP

☐ Iniciada às: _____
☐ Término às: _____
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.: _____

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

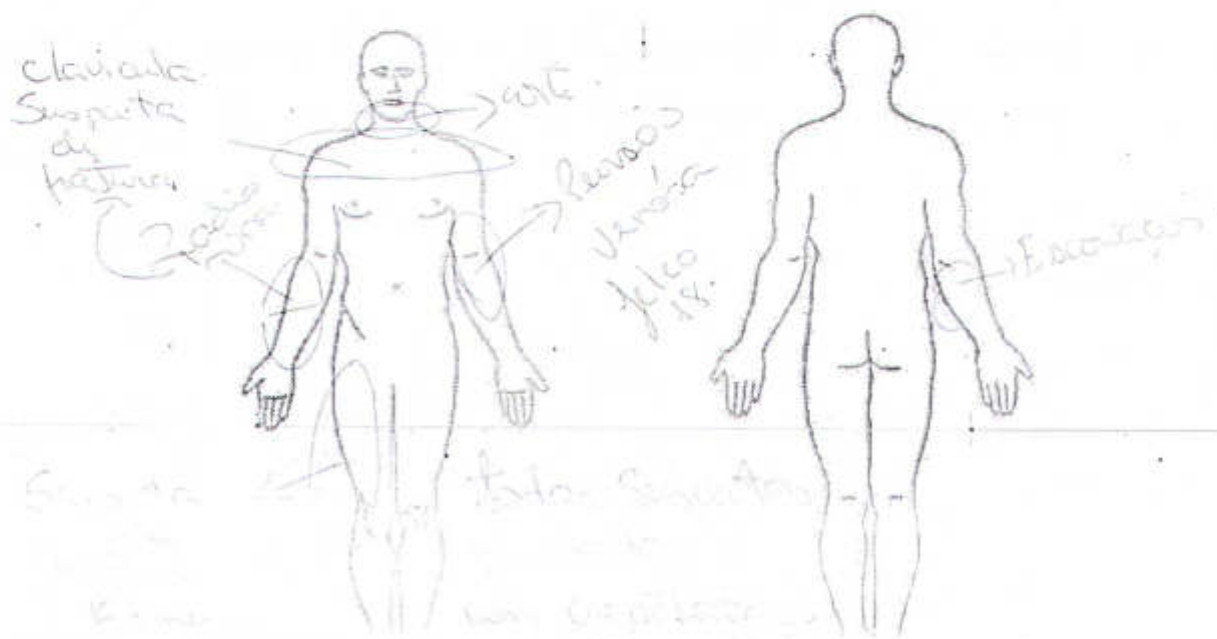
DESTINO

☐ Atendido no local
☐ Trauma HGR
☐ Pronto Atendimento
☐ Coronel Mota

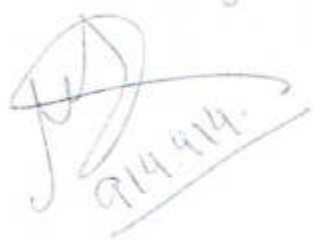
☐ Cosme e Silva
☐ HCSA
☐ Maternidade
☐ Outros

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
GESTANTE IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ ☐ Com cartão ☐ Sem cartão MATERIAL E MEDICAÇÃO	

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA		
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala			
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4 ☒	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4 ☐
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3 ☐		25 - 35	3 ☐
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2 ☐		≥ 36	2 ☐
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1 ☐		01 - 09	1 ☐
Melhor Resposta Verbal	Orientado	Balbucia	5 ☒	Pressão Sístólica (mmHg)	0	0 ☐
	Confuso	Choro irritado	4 ☐		> 90	4 ☐
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3 ☐		70 - 89	3 ☐
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2 ☐		50 - 69	2 ☐
	Nenhuma	Nenhuma	1 ☐		01 - 49	1 ☐
Melhor Resposta Motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6 ☒	Escala de Glasgow	0	0 ☐
	Localiza a dor	Retira do toque	5 ☐		14 a 15	5 ☐
	Flexão normal	Retira a dor	4 ☐		11 a 13	4 ☐
	Flexão anormal	Flexão normal	3 ☐		8 a 10	3 ☐
	Extensão a dor	Flexão anormal	2 ☐		5 a 7	2 ☐
	Nenhuma	Nenhuma	1 ☐		3 a 4	1 ☐
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA		



Tomou decisões pela antel de regularização, regulador Erico
p/ em atendimento no QTH BR 174, depois de nova colina.
Acidente moto x caminhão. Ao chegarmos no QTH a vítima
encontrava em decúbito dorsal no mesmo local, sem capote, braços
orientados - o mesmo relatou que ao cair estava de capote por
retirou depois. O mesmo sofreu múltiplos fraturas (Suspeita).
Suspeita de fratura de fêmur D, suspeita Rôdia e Ulna D e crânio.
Suspeita de fratura da clavícula D. corte contuso no queixo, -
Socorrido logo E, ao próximo o atendimento como manda
protocolo tivemos apoio do CBM. SSVU estava, Rencio Varesa
plco 18. Soro fisiológico 500ml. Em seguida colocamos na UTR e
regimos p/ HRGO SP. onde o paciente ficou aos cuidados M. Oscar.
Enviado QTH p/ médico regulador Erico.
As 09.04 8/12 base.


914914.

CAPACITAÇÃO EM OPERAÇÃO DE MÁQUINAS PESADAS
CONSTRUTORA E CURSOS VALE VERDE LTDA
 CATERIA DE CAPACITAÇÃO EM OPERAÇÃO DE MÁQUINAS PESADAS

VALE VERDE CURSOS

NOME
JULIO MENEZES PALACIO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. ZEPHOR / UF.
7570254 / PC PA

CPF
032.685.812-18

DATA DE NASCIMENTO
16/02/1996

FILIAÇÃO
JOAO LOPES PALACIO NETO
SILVANIA MARIA DE MENEZES

EQUIPAMENTO
PÁ CARREGADEIRA

NÍVEL
01

IF RESERVA
042150150

VALIDADE
09/02/2018

EXPIRACÃO
09/02/2015

09022015/0150

VALIDO COM APRESENTAÇÃO JUNTO AO CERTIFICADO
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO VALE VERDE

OBSERVAÇÕES

- Desenvolvimento técnico e prático
- Apto ao desenvolvimento de atividades remuneradas
- Documento valido apenas com apresentação de identidade e certificado

VALE VERDE CURSOS

Julio Menezes Palacio

LOCAL
URUARÁ-PA

ASSINATURA DO PORTADOR
09/02/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
CONSTRUTORA E CURSOS VALE VERDE LTDA.

CNPJ 06.216.828/0001-10

A AUTENTICIDADE DESTA FOLHA SERÁ CONFIRMADA
INFORMANDO O CÓDIGO DE VALIDAÇÃO AO E-MAIL
VALEVERDECURSOS@GMAIL.COM



EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
CEP: 69316-702 - FONE: 4009-9150
RUA DELMAN VERAS, S/N, BAIRRO: PINTOLÂNDIA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"



RECEITUÁRIO

NOME:

João Menezes Paiva

João Menezes

Paciente vítima acidente automobilístico, politraumatizado, com Fratura em cavidade (D) + corono (D) + ossos do antebraço (D) + fêmur (D) + bacia. Já apresenta osteossíntese. Hoje encontra-se em severamente agitação e friotremor, impossibilitando de realizar seus exames laborais. Sendo encaminhado para o NIAS. CID: S42.0 / S72 / S52

DATA: 17/06/20

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Marcus Brunner
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1917 RQE 823

Dr. Marcus Brunner
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1917 RQE 823



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL LOTTY IRIS	CNES 7521251
Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL LOTTY IRIS	CNES 7521251

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente JULIO MENEZES PALACIO	Cartão Gestante	Nome Social	Nº Prontuário 17253
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 203163415890003	Data de Nascimento 16/02/1996	Sexo Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	Raça / Cor PARDALENSE
Nome da Mãe SILVANIA MARIA DE MENEZES	DDD	Telefone de Contato	
Nome do Responsável JULIO MENEZES PALACIO	DDD	Telefone de Contato	
Município de Nascimento URUARA	UF PA	Nacionalidade BRASILEIRA	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) LOGRADOURO DE RORAINOPOLIS
Nº 104	Bairro MUNICIPIO	Município de Residência RORAINOPOLIS	Código IBGE do Município 1400472
Ponto de Referência	Documento RG 7570254 CPF 03268581218	Ass. e Carimbo do Diretor Clínico	

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante	Nº Cons. Classe	CPF	Ass. e Carimbo do Diretor Clínico
--	-----------------	-----	-----------------------------------

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
pct com fratura de femur direito

Condições que Justificam a Internação
anamnese + exame físico

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

vide anexo

Diagnóstico Inicial fratura de femur	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas	Nº Notific. Compulsória
--	------------------	-------------------	--------------------------	-------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)	Código do Procedimento Solicitado 10102019
do do Caráter da Internação ☐ Urgente ☒ Eletivo	Clinica CLINICA MEDICA
Equipamentos Requeridos para Internação	

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante LAEL SILVA	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 81438630263	Nº do Conselho de Classe 2015
Documento ☒ CPF ☐ CNS	Assinatura e Carimbo do Profis. Solicitante/Nº do Conselho de Classe Dra. Talita Regina Medeiros	Data Desejada para Internação 04/04/2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS

☐ AC DE TRÁNSITO ☐ ACID. TRAB/TÍPICO ☐ AC TRAB./TRAJETO	CNPJ da Seguradora CNPJ da Empresa	Número do Bônus CNAE da Empresa	Série CBOR
Vínculo com a Previdência ☒ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado			

Nome do Profissional Autorizador ALEXANDRE SALOMAO DE OLIVEIRA	
Documento ☒ CPF ☐ CNS	Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador 61405558253
Data da Autorização / /	Código do Órgão Emissor
Nº Registro Cons. de Classe 814	Ass. do Autorizador/Carimbo

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)



HOSPITAL LOTTY IRIS EIRELI ME
CNPJ: 11.509.468/0001-22
Rua José Coelho, 72 - Centro
Boa Vista - RR

Prontuário: 17253 DATA DE ATENDIMENTO: 04/04/2020 HORA: 10:02:12
Leito: B - B26
Paciente: JULIO MENEZES PALACIO
Identidade: 7570254
Endereço: LOGRADOURO DE RORAINOPOLIS N° 104 Bairro: MUNICIPIO
CPF: 03268581218
Raça: PARDALENSE
DN: 16/02/1996 24 anos 1 mês 17 dias
Sexo: MASCULINO
Estado civil: SOLTEIRO (A)
CEP: 69373000
Ocupação:
Mãe: SILVANIA MARIA DE MENEZES
Pai: JOÃO LOPES PALACIO NETO
Naturalidade: URUARA
Telefone: 95991164802

Convênio: SUS
Matrícula: 203163415890003
Validade:
CNS: 203163415890003
Tipo de Atendimento: INT
Especialidade: CLÍNICA MEDICA
Setor: INTERNACAO B
Médico (a): LAEL DOS SANTOS DA SILVA

CONDUTA:

- ☐ ALTA POR DECISÃO MÉDICA
☐ OBSERVAÇÃO
☐ TRANSFERÊNCIA PARA: _____
☒ ALTA A PEDIDO
ALTA POR EVASÃO
☐ INTERNAÇÃO

DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: ____/____/____ : ____

ÓBITO

Antes do 1º atendimento? ☐ SIM ☐ NÃO Destino: ☐ Família ☐ IML
☐ Anatomia Patológica ____/____/____ : ____


Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

Nota de Alta

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: JULIO MENEZES PALACIO

Prontuário (SPP): 17253

Idade: 24 anos 1

Data Nasc.: 16/02/1996

Sexo: MASCULINO

Leito: B - B26

Convênio: SUS

Procedimento: 10102019 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

Unidade: BLOCO B

CID: -

Internação: 04/04/2020 10:02 | Data Alta: 06/04/2020 08:01 | Permanência: 3 dias

ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DE FUNCIONALIDADE (AGF)

Pontuação:

Descrição:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO

FX DISTAL DE FÊMUR D

EXAMES E INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

RX E EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

FX DISTAL DE FÊMUR D

CONDIÇÕES DE ALTA

TRATADO

DIAGNÓSTICO NA ALTA

OSTEOSSÍNTESE DE FX DISTAL DE FÊMUR D

MOTIVO DE ALTA

ALTA MELHORADO

Recebido Em: ____/____/____

Dr. BRUNO VIEIRA

CRM: 1231

Médico



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: **JULIO MENEZES PALACIO** 24 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: **02/04/2020**, COM
DIAGNÓSTICO DE **FX DISTAL DE FEMUR D** E NO DIA
02/04/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSÍNTESE DE FX DISTAL DE FEMUR D SENDO
OPERADO PELO DOUTOR **CARLOS HENRIQUE** E P/ DR **0**
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA **06/04/2020** ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **04 (QUATRO) SEMANAS**, COM O
DOUTOR **CARLOS HENRIQUE**.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. VITOR MONTENEGRO

segunda-feira, 6 de abril de 2020

Dr. Lael dos Santos da Silva
Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR 2015

HOSPITAL LOTTY ÍRIS

JOSE COELHO, 72

CENTRO, 69301-300, BOA VISTA/RR, Fone: (95) 3224-1790

Paciente: **JULIO MENEZES PALACIO**

SPP: 17253

Reg: 16540

Prescr. Nº: 1

Nasc. 16/02/1996 Idade: 24 anos 1 mês 17 Sexo: MASC CID: -

Válida de 04/04 14:40h à 05/04 07:59h

Proced.: VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTEF Data Int.: 04/04/2020

Unidade: BLOCO B

Leito: B - B26

Convênio: SUS

EVOLUÇÃO MÉDICA

1 Data: 04/04/2020, hora: 14:42, descrição: HD: fx de fêmur direito

Paciente submetido a osteosíntese de fêmur direito
CD: mantida

DIETA

2 DIETA ORAL LIVRE

SND

CUIDADOS

TABELA

- 3 AVP (MANTER DATADO E TROCA DE 3/3D), intermitente
4 TA + TPR 6/6h + CCGG, intermitente
5 180-200=2UI, 201-250=4UI, 251-300=6UI, 301-350=8UI, 351-400=10UI,
>400=12UI+, AVISAR PLANTONISTA, intermitente
6 GLC. CAP<70MG/DL = 40ML GLC. 50%- INSULINA REG. SC, intermitente

12 18 00 06

Medicamentos

Observação

Via

Freq.

- 7 OMEPRAZOL 20MG COMPRIMIDO - 1 COM em jejum VO 1 X dia
8 DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1 AMP EV 6/6h
9 METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, se náuseas e/ou vômitos EV
10 CÁPOTRIL 25MG COMPRIMIDO - 1 COM, SE NECESSÁRIO se PAS >=160 e/ou PAD>=110mm /Hg VO
11 TRAMADOL 50MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO 8/8h se dor intensa IV
12 SIMETICONA GOTAS 10 ML - 1 GTS 40gts VO
13 CLINDAMICINA 600MG AMPOLA - 1 AMP 0 dia IV
14 CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO - 1 COM 0 dia VO
15 TENOXICAN 20MG COMPRIMIDO - 1 COM VO

14 16 22 04 10
SN
SN
SN
16 00 08 10
16 22 04 10
16 04

Obs: Medicamentos identificados como psicotrópicos estarão destacados em **Negrito**.

SOLUÇÃO

16 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - 1 BOLS, intermitente

0/0h

SCN

OXIGÊNIO

17 O₂ CATETER NASAL, não contínuo, Se Necessário, fluxo 3 l/min

SN

Dra. TALITA RICANCO ARAUJO

CRM: 1689 CPE 74541900220

Médico Consultor

Dr. LAEL SILVA

CRM: 2015

Médico Assistente

Januária E. F. R. Silva
Enfermeira
Coren-RR 595.773 ENF

Pablo P. dos Santos
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 026.627-TE

Kelvin Roberto Siqueira
Coordenador 1.228.368-TE



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

Psicotrópicos

Prescrição Nº: 1

SPP: 17253 Registro: 16540 Paciente: JULIO MENEZES PALACIO

Válida de 04/04 14:40h à 05/04 07:59h Procedimento: 10102019 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

Unidade: BLOCO B

Leito: B - B26

Data Int.: 04/04/2020 Sexo: MASC Idade: 24 anos 1 mês 17 dias

CID: -

	Medicamentos	Observação	Via	Freq.
1	TRAMADOL 50MG/ML AMP 2ML - 1 AMP , SE NECESSÁRIO	8/8h se dor intensa	IV	

Dra. TALITA PIZANCO ARAUJO

CRM: 1689 CRE: 74541900220

Médico Consultor

Dr. LAEL SILVA

CRM: 2015

Médico Assistente



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

JOSE COELHO, 72

CENTRO, 69301-300, BOA VISTA/RR, Fone: (95) 3224-1790

Paciente: **JULIO MENEZES PALACIO**

SPP: 17253

Reg: 16540

Prescr. Nº: 2

Nasc. 16/02/1996 Idade: 24 anos 1 mês 17 Sexo: MASC CID: -

Válida de 05/04 08:00h à 06/04 07:59h

Proced.: VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTEF Data Int.: 04/04/2020)

Unidade: BLOCO B

Leito: B - B26

Convênio: SUS

EVOLUÇÃO MÉDICA

1 Data: 05/04/2020, hora: 08:08, descrição: HD: fx de fêmur direito

Paciente submetido a osteosintese de fêmur direito
CD: mantida

2 Data: 05/04/2020, hora: 08:09, descrição: HD: fx de fêmur direito

Paciente submetido a osteosintese de fêmur direito
CD: mantida

DIETA

3 DIETA ORAL LIVRE

CUIDADOS

TABELA

- 4 AVP (MANter DATADO E TROCA DE 3/3D), intermitente
5 TA + TPR 6/6h + CCGG, intermitente
6 GLC. CAP < 70MG/DL = 40ML GLC. 50% - INSULINA REG. SC, intermitente
7 180-200=2UI, 201-250=4UI, 251-300=6UI, 301-350=8UI, 351-400=10UI,
>400=12UI+, AVISAR PLANTONISTA, intermitente

12 18 00 06

SIN

Medicamentos

Observação

Via

Freq.

- | | Medicamentos | Observação | Via | Freq. |
|----|--|-------------------------------------|-----|---------|
| 8 | OMEPRAZOL 20MG COMPRIMIDO - 1 COM | em jejum | VO | 1 X dia |
| 9 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1 AMP | | EV | 6/6h |
| 10 | METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO | se náuseas e/ou vômitos | EV | SIN |
| 11 | CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO - 1 COM, SE NECESSÁRIO | se PAS >= 160 e/ou PAD >= 110mm /Hg | VO | SIN |
| 12 | TRAMADOL 50MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO | 8/8h se dor intensa | IV | SIN |
| 13 | SIMETICONA GOTAS 10 ML - 1 GTS | 40gts | VO | 8/8h |
| 14 | CLINDAMICINA 600MG AMPOLA - 1 AMP 1º dia | | IV | 6/6h |
| 15 | CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO - 1 COM 1º dia | | VO | 12/12h |
| 16 | TENOXICAN 20MG COMPRIMIDO - 1 COM | | VO | 12/12h |

Obs: Medicamentos identificados como psicotrópicos estarão destacados em **Negrito**.

SOLUÇÃO

17 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - 1 BOLS, intermitente

0/0h

OXIGÊNIO

18 O² CATETER NASAL, não contínuo, Se Necessário, fluxo 3 l/min

Dr. BRUNO VIEIRA

CRM: 1231 CPF: 52030504220

Médico Consultor

Dr. LAEL SILVA

CRM: 2015

Médico Assistente

Ana Jessica Ramos da Silva
COREN-RR 001.395.962-TE

Kelvin Petros de Sousa Melo
COREN-RR 1.325.390-TE

HOSPITAL LOTTY ÍRIS

JOSE COELHO, 72

CENTRO, 69301-300, BOA VISTA/RR, Fone: (95) 3224-1790

Paciente: **JULIO MENEZES PALACIO**

SPP: 17253

Reg: 16540

Prescr. Nº: 3

Nasc. 16/02/1996 Idade: 24 anos 1 mês 17 Sexo: MASC CID: -

Válida de 06/04 08:00h à 07/04 07:59h

Proced.: VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTEF Data Int.: 04/04/2020)

Unidade: BLOCO B

Leito: B - B26

Convênio: SUS

EVOLUÇÃO MÉDICA

1 Data: 06/04/2020, hora: 08:02, descrição: ALTA

DIETA

2 DIETA ORAL LIVRE

CUIDADOS

TABELA

- 3 AVP (MANTER DATADO E TROCA DE3/3D), intermitente
4 TA + TPR 6/6H + CCGG, intermitente
5 180-200=2UI, 201-250=4UI, 251-300=6UI, 301-350=8UI, 351-400=10UI,
>400=12UI+, AVISAR PLANTONISTA, intermitente
6 GLC. CAP<70MG/DL = 40ML GLC. 50%- INSULINA REG. SC, intermitente

12 18 00 06

Medicamentos

Observação

Via

Freq.

- 7 OMEPRAZOL 20MG COMPRIMIDO - 1 COM em jejum VO 1 X dia 14
8 DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1 AMP EV 6/6h 16 22 04 10
9 METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, se náuseas EV SIU
SE NECESSÁRIO e/ou vômitos
10 CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO - 1 COM, SE se PAS >=160 VO SIU
NECESSÁRIO e/ou PAD>=110mm /Hg
11 TRAMADOL 50MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE 8/8h se dor IV SIU
NECESSÁRIO intensa
12 SIMETICONA GOTAS 10 ML - 1 GTS 40gts VO 8/8h 16 00
13 CLINDAMICINA 600MG AMPOLA - 1 AMP 2º dia IV 6/6h 16 22 04
14 CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO - 1 COM 2º dia VO 12/12h 16 04
15 TENOXICAN 20MG COMPRIMIDO - 1 COM VO 12/12h 16 04

Obs: Medicamentos identificados como psicotrópicos estarão destacados em **Negrito**.

SOLUÇÃO

16 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - 1 BOLS, intermitente

0/0h

OXIGÊNIO

17 O² CATETER NASAL, não contínuo, Se Necessário, fluxo 3 l/min

Dr. BRUNO VIEIRA

CRM: 1231 CPF:52030504220

Médico Consultor

Dr. LAEL SILVA

CRM: 2015

Médico Assistente

18. Fisioterapia motora - O fisio terapia não foi realizada
19. ALTA HOSPITALAR ÀS 9h

Dr. Lael Silva
CRM: 2015
CREFITO 35.395-1



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

Psicotrópicos

Prescrição Nº: 3

SPP: 17253

Registro: 16540

Paciente: JULIO MENEZES PALACIO

Válida de 06/04 08:00h à 07/04 07:59h

Procedimento: 10102019 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

Unidade: BLOCO B

Leito: B - B26

Data Int.: 04/04/2020 Sexo: MASCULINO Idade: 24 anos 1 mês 17 dias

CID: -

	Medicamentos	Observação	Via	Freq.
1	TRAMADOL 50MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO	8/8h se dor intensa	IV	

Dr. BRUNO VIEIRA

CRM: 1231 CPF: 52030504220

Médico Consultor

Dr. LAEL SILVA

CRM: 2015

Médico Assistente

- ✓ Vestidos e blusas tomara-que-caia;
- ✓ Roupas transparentes, decotadas, costas nua e colada ao corpo;
- ✓ Joias, bonés.

HORÁRIO DE VISITA AO BLOCO

A VISITA ESTA SUSPensa POR TEMPO INDETERMINADO.

DEMAIS ORIENTAÇÕES AOS VISITANTES E ACOMPANHANTES

- ✓ Não é permitida a visita entre pacientes;
- ✓ Não fumar nas dependências do hospital;
- ✓ Não sentar na cama do paciente;
- ✓ Não entrar nas salas de serviços, postos de enfermagem e áreas exclusivas de serviço;
- ✓ Não é permitido tirar fotos nas dependências da unidade;
- ✓ Não manipular equipamentos hospitalares;
- ✓ Não lavar e estender roupas nos aposentos, cama, janelas ou dependências da unidade;
- ✓ Obedecer às orientações dos profissionais;
- ✓ Informações sobre o estado de saúde do paciente devem ser solicitadas somente aos médicos no horário de boletim e ou visita médica;
- ✓ É proibida a entrada de qualquer outro material como colchonete, cadeiras de praia e afins;
- ✓ Não é permitida a entrada de materiais cortantes, perfurantes ou/e perfuro cortantes.
- ✓ O hospital não se responsabilizará por valores, jóias ou qualquer objeto deixado nas acomodações pelos pacientes, acompanhantes e visitantes;
- ✓ Não é permitido o uso de aparelhos sonoros (celular, tablet...) no modo alto falante nas dependências da unidade.

Pietro Lucas Marau do Silveira

(Assinatura do paciente e/ou acompanhante responsável)

Data: ____/____/____

**PARA GARANTIR UMA ESTADA SEGURA E CONFORTÁVEL É
IMPORTANTE QUE TODOS SIGAM AS ORIENTAÇÕES EXIGIDAS PELO
HOSPITAL LOTTY ÍRIS.**



ACESSO DE ACOMPANHANTE E ALIMENTAÇÃO:

Será permitida a permanência de 01 (um) acompanhante para cada paciente, sendo responsabilidade do hospital a **alimentação do acompanhante** nos casos em que estiver acompanhando:

- ✓ Paciente idoso a partir de 60 anos;
- ✓ Paciente portador de necessidades especiais;
- ✓ Paciente pós-operatório cirúrgico;
- ✓ Paciente adolescente (0 à 17 anos de idade) acompanhado com maior de 18 anos;
- ✓ Paciente psiquiátrico (com laudo médico);
- ✓ Paciente oriundo de países circunvizinhos;
- ✓ Paciente indígena;

A Recepção da Orla abrirá às 07H e encerrará as 19:00 TODOS OS DIAS;

- Outros casos serão avaliados pelo Serviço Social, Psicologia e/ou Diretor Clínico da Unidade;
- O acompanhante deverá trazer consigo material de higiene pessoal;
- **O acompanhante deverá ser maior de 18 anos;**
- **Não será permitido idoso como acompanhante, a partir de 60 anos;**
- O horário de **troca de acompanhantes** será realizado **SOMENTE** nos seguintes horários **07h00min as 08h00min / 17h30min às 18h30min;**
- A troca de acompanhante deverá ser feita na recepção da unidade, devendo ser apresentado documento com foto;
- **Entrada de alimentos para pacientes somente com autorização por escrito da Nutricionista;**
- **Não será permitida a entrada de menores de 14 anos de idade (no caso de visitantes);**
- A internação se dará em leitos de enfermaria ou apartamento individual, caso não haja leito de enfermaria disponível no momento;
- **Conforme as normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) não serão permitidas a alimentação dentro das enfermarias ou corredores, apenas no refeitório;**
- Os horários das refeições dos pacientes serão **Café da Manhã 07h15min/Almoço 11h00min/ Jantar 17h15min** e para acompanhante **Café da Manhã 08h às 9h / Almoço 11h15min às 12h30min / Jantar 18h00min às 19h00min.**

Não será permitida a permanência de acompanhantes e entrada de visitantes trajando:

- ✓ **Shorts, Bermuda, blusas de alças (mostrando ombros);**
- ✓ **Mini blusas e minissaias;**

NIR

Anexo I

Transf: 0403/2020

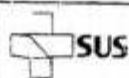
 SUS		Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE H.E.R. NIR			2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE Julio Meneses Polaris			6 - N° DO PRONTUÁRIO 178589		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 203163415890003			8 - DATA DE NASCIMENTO 16/02/96		
9 - SEXO Masc. ☒ Fem. ☐			10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Silvânia Maria de Meneses		
11 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			12 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE		
13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO		
15 - UF			16 - CEP		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Acidente com fratura em braço direito					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Internação					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Histórico + Exame físico + Radiografia					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura em braço direito					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF					
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/02/20					
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Odine Okemi Médico Realista Médico Traumato CRM: 1241/20					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - N° DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0408040254					
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF					
47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 08/07/20					
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 5334 304594					

0408060344 W494
F896

NIR

Anexo I

Trampr 21/03/2020



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masculino

Feminino

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

CRM-RR 2007

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

22/03/2020

24 Cor Cor 30

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
Julio PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <i>Julio Mendes Palom</i>					
AGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		DATA	<i>25/08/12</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>S.N.D.</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>na mão</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>S.N.D.</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <i>18</i>				<i>12</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA <i>18</i>				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>S.N.</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>S.N.</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>16</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>18</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>18</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>18</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>S.N.</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>18</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>S.N.</i>
15	<i>Clax- 60 SC 1x12</i>				<i>18</i>
16	<i>fa fexidina</i>				<i>18</i>
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Dr. *Julio Mendes Palom*
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 HGR - RR 1999

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	<i>141x81</i>	<i>94</i>	
24 H	<i>136x34</i>	<i>77</i>	<i>38.6°C</i>

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*paciente internado às 17:30.
 com acesso venoso feito
 medicar. @*

*Dr. *Julio Mendes Palom*
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 HGR - RR 1999*



Katlano F. Rocha Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 000.008

União das Escolas
de Enfermagem
do Brasil
PR 507817 VE

Enerson Pereira de Andrade
COREN-RR 000.154.284-AL

06h.

36.7°C

100 LXC/88

Katlano F. Rocha Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 000.008



BOLETIM OPERÁRIO

Data: 19/01/2020

O.S. _____

Julio Muniz Polician

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Ponto um DDM com unguento antiaérmico;
2. AA + CCE;
3. RMS + Colocação de FE com desca (2 para um lado e umba silioca) + antitumor unidirecional + antitumor;
4. A RPA.

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RJ 2007



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Julio Augusto Palácio

296

29/02/20

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

AGENTES	Nº	15 30 45 12 15 30 45 15 30 45 15 30 45			
		02			
LIQUIDOS VENOSOS	VA				
	SA				
	EF				
	OP				
DA	°C	240			
X					
ULSO					
ANES					
X					
OP					
O					
TEMP					
ASPIR.					
A					
RESP					
O					
Export					
Assist					
Contro					

SIMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. F. A. M.	100mg	Rapida e profunda	1-CH FCK 100mg 0.1M
B. A. M.	50mg	O. F. F. A. M.	100mg 100mg 100mg
C. C. M.	120mg	1-13 13 13 13	100mg 100mg 100mg
D. P. M.	200mg	100mg	100mg 100mg 100mg
E. M. M.	100mg	100mg	100mg 100mg 100mg
F.			
G.			
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringeo	
NDCD		Naso / Oro Faringeo - Cogo	
SANGUE		Bol - Tamp - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
ANESTESIA			

Bruno O. C. Pinto
MÉDICO
CRM-RR 1025



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	24a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Julio Mendes Palácio		PAR-Rx42	00178589	29/02/20

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
(RMS + educação) Tratamento cirúrgico de mão esquerda aberta com base.	INICIO FIM TEMPO TOTAL
	12:30 12:35

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr. Fernando	ANESTESISTA:	Dr. Edine
1º AUXILIAR	Dr. Max	RES. ANESTESIA:	Dr. R. P. P. P.
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
		CIRCULANTE	Valéria / Max / Mônica

TIPO DE ANESTESIA:	24a 11:55	TEMPO DE DURAÇÃO:	
--------------------	-----------	-------------------	--

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
7	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		7	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
7	PACOTES GAZE			Escola de Anestesia	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
7	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 35			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO PROLENE Nº	
	SERINGA 01ML			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 03ML			SURGICEL	
1	SERINGA 05 ML		15cm	CERA P/ OSO Microportec	
1	SERINGA 10ML		15ml	KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 20ML			GEOFOAM- Alcool 70%	
1	Procedimento típico		7	FITA CARDIACA eciton 2	
				OUTROS: Gliteron	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	
	Gabriela	
	Aline	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	
	Wanize /	
	Valéria / Max	
	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	SUB- TOTAL	
	TAXA DE SALA	
	TAXA DE ANESTESIA	
	SOMA	
	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
 Tel.: 55(11)30404000
 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 950
 Ref: 4747/03 Lote: 19.000006
 Registro ANVISA: 10228710395



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Tratamento cirúrgico de lesão ligamentar com base	
Nome do Paciente: Julio Meneses Paolucci		IDADE: 24	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário 00578589	Data 29/02/2020
Blóco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala 6	Circulante de Sala: Vaz/2016/1/Mar	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: ex. Pequena cirurgia Percutânea					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)

Dados Adicionais:

Marca:

ITEM

DESCRIÇÃO DO ITEM

QUANT

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 55(11)39494000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 850
Ref.: 4747/03 L01: 19L000968
Registro ANVISA: 10223710095

Dr. Ivanilton de Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trânsito
CRM-RR 695
RQE 434 RQE 694

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

Empresa ()

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

Marca:

ITEM

DESCRIÇÃO DO ITEM

QUANT

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

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

Serie 001



CHAVE DE ACESSO

1420 0110 6318 9700 0105 5500 1000 0001 3510 3003 0494

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

314200000062689 - 08/01/2020 15:43:07

RIBUT.

CNPJ

10.631.897/0001-05

CNPJ / CPF

05.370.016/0001-00

DATA DA EMISSÃO

08/01/2020

UF / DISTRITO

CEP

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

NOVO PLANALTO

69312-470

FONE / FAX

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

9521210521

ORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	72.000,00
TAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIR.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	72.000,00

LUX DO FACIL

0,00

0,00

0,00

ANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

ME / RAZÃO SOCIAL

PRETE POR CONTA

(9) Sem Frete

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

DEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

ÍNDICES DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

DIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	Q/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	R.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE; LOTE: 19L000968 (17 UN.) 19L000969(15 UN.)	90211020	0400	5103	UNID.	32,0000	600,0000	19.200,00	0,00	0,00		0,00	
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSINTESE; LOTE: 19L002309 (5UN.) 19L002312(2UN.) 19L002313(17UN.) 19L002590(12UN.)	90211020	0400	5103	UNID.	36,0000	600,0000	21.600,00	0,00	0,00		0,00	
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSINTESE; LOTE: 19L002784(8UN.) 19L002786(9UN.) 19L003131(8UN.) 19L003136(10UN.)	90211020	0400	5103	UNID.	35,0000	600,0000	21.000,00	0,00	0,00		0,00	
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSINTESE; LOTE: 19L003174(6UN.) 19L003175(5UN.) 19L003612(2UN.) 19L003772(4UN.)	90211020	0400	5103	UNID.	17,0000	600,0000	10.200,00	0,00	0,00		0,00	

ÍNDICES ADICIONAIS

FORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Processo: PROCESSO Nº 07273/19-33

ATA DE EMPENHO: 20601.0001.19.02604-3

ÍNDICES BANCÁRIOS: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA 2617-4

CONTA CORRENTE: 56.164-9

IMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

RESERVADO AO FISCO

Impresso em 22/01/2020 às 12:50:12

Gerado em www.fisat.com.br



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Guilherme Barbosa Ribeiro
Responsável Cirurgião Fernando

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☐ Procedimento
Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO
☐ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO
☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☐ Não ☐ Sim, Qual: Veja

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

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☐ Não

☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento
para fluidos

Data 2.2.2013

Assinatura

Hora: 11:00h

ANTES DA INCISÃO

Anestesia Edino

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM 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
PATOLOGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Sandra Summa - 27351 PK
Assinatura e Carimbo



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

HGR



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Julio Mendes Nolasco</i>					
AGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>27/01/20</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE <i>Libre</i>				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>Perif</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>(12) 18 24 06</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>18</i>
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				<i>08 16 24</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>(12) 18 24 06</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>18 020</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Perif</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	<i>clonazepam 40mg SC 6/6h</i>				<i>06</i>
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

DR. Marcos Aguiar
 Médico
 CRM-RR 1995

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	<i>CC</i>		
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

M^{te}. Amélia de S. Aguiar
 Téc. de Enfermagem
 COREN/RR 907.678-1E

Autuação da Silva V-23
 Téc. de Enfermagem
 COREN-RR 639-124



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>IVILIA MENEZES</i>					
AGNÓSTICO <i>fratura clavícula com fratura humero + fratura ulna</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>01/03/2020</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	<i>CLEXANE 40mg SC 1X/12H</i>				
16					
17					
18	<i>Transferir para HC</i>				
19					
20					
21					

Dr. Marcelo Marques
Médico
CRM 1916/RR

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUAR

DATA: 04/03/2020

PACIENTE: JULIO MARQUES PEREIRA

DN: 1/1

DIAGNÓSTICOS:

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:

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente estável, sem alterações
Alguns com fadiga e dor
de ombro + uso sintomático

Boa Vista, 04 de março de 2020. Hora: 11:00 hrs

Dr. Marcelo Marques
Médico
CRM 19118/RR

CRM 19118

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM _____/_____

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente

☒ HC () HLI () HMI () OUTRO



RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 20/12/20

PACIENTE: Valdir Messias Polaris

DIAGNÓSTICOS: Infarto agudo do miocárdio

DN: 141

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: Faz. 5 Leito 30

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:

Clonazepam + Sildenafil

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Boa Vista, 22 de fevereiro de 20 20. Hora: 16:13

CRM _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Dr. Larissa V. Lima
Médica
CRM-RR 1989

CRM 1989

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

☒ HC () HLI () HMI () OUTRO

Dr. Alexandre Cavalcante
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964



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

DATA: 22/02/2020

PACIENTE: JULIO MENDES POISSON

DN: 1/1

DIAGNÓSTICO(S):

Px ciatura / cateter / antenato / febre / pwe

DIH: 1/1

KANBAM: _____ Dieta: _____

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

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____

Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____

HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____

EAS: _____

CULTURAS (1/1): _____

IMAGEM _____

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

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

Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____

EAS _____

IMAGEM _____

ANTIBIÓTICO

USADO: _____

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO: _____

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUÍDA: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente com febre e
livro de 10,5 kg, com 7
manchas de febre e
sinusite de 31 cm

Boa Vista, 22 de 02 de 20 20. Hora: 10:00

Dr. Marcelo Marques

Médico

CRM 1918/RR

CRM 19118

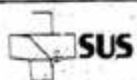
Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico

CRM RR RR

transf: 14102120



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

NIR

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

NIR

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

Silvia Menezes Palato

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

178569

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

203163415890003

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/02/1996

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Silvânia Maria de Menezes

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Devaiópolis

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

PR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente vítima de acidente de trânsito com múltiplas fraturas (clavícula, antebraço, cotovelo, fêmur, e) pelvis em litro aberto

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HTA crônica + superste cloro

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

Aramuse + Rx + Ex físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

Dr. Pedro de S. Fausto

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

080270

Médico Residente (Membro do Conselho) Ortopedia e Traumatologia CRM-RR-2026

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

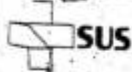
() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

8/2/20

0408070754 -> 5333
V29
0408050519 -> 5773



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

203103415890003

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - N° DO PRONTUÁRIO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Silvania Maria de Menezes

Masc

1

Fem

3

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Roraima

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Lesão cefálica (lesão aberta) + Fratura de fêmur (D) + Fratura de Clavícula (D) + Fratura de Ombreira e costela do antebraço (D).

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento Cirúrgico

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

RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Lesão com Síndrome Pulmão

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Cirúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Ortopedia

Urgência

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Fernando Rezende

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Adriano / Sumado

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/02/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 08 / 02 / 2020

O.S. _____

Júlio Muniz Palóci

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

luxação de quadril direito + FX femur (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Tratamento Cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Oliveira

1º AUXILIAR:

Dr. Fernando

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Ponto de um DDL sobre a região anterior;
2. AA + CCE;
3. Colocação de FE uma placa (2 parafusos um cada ponta ulna) + canturela endoscópica + colocação de FE amarrando fuso fraturário um Cota (D) + canturela endoscópica + elásticos;

4. A RPA

Dr. Marcelo Arruda
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 1243 / RQE: 550

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 2007

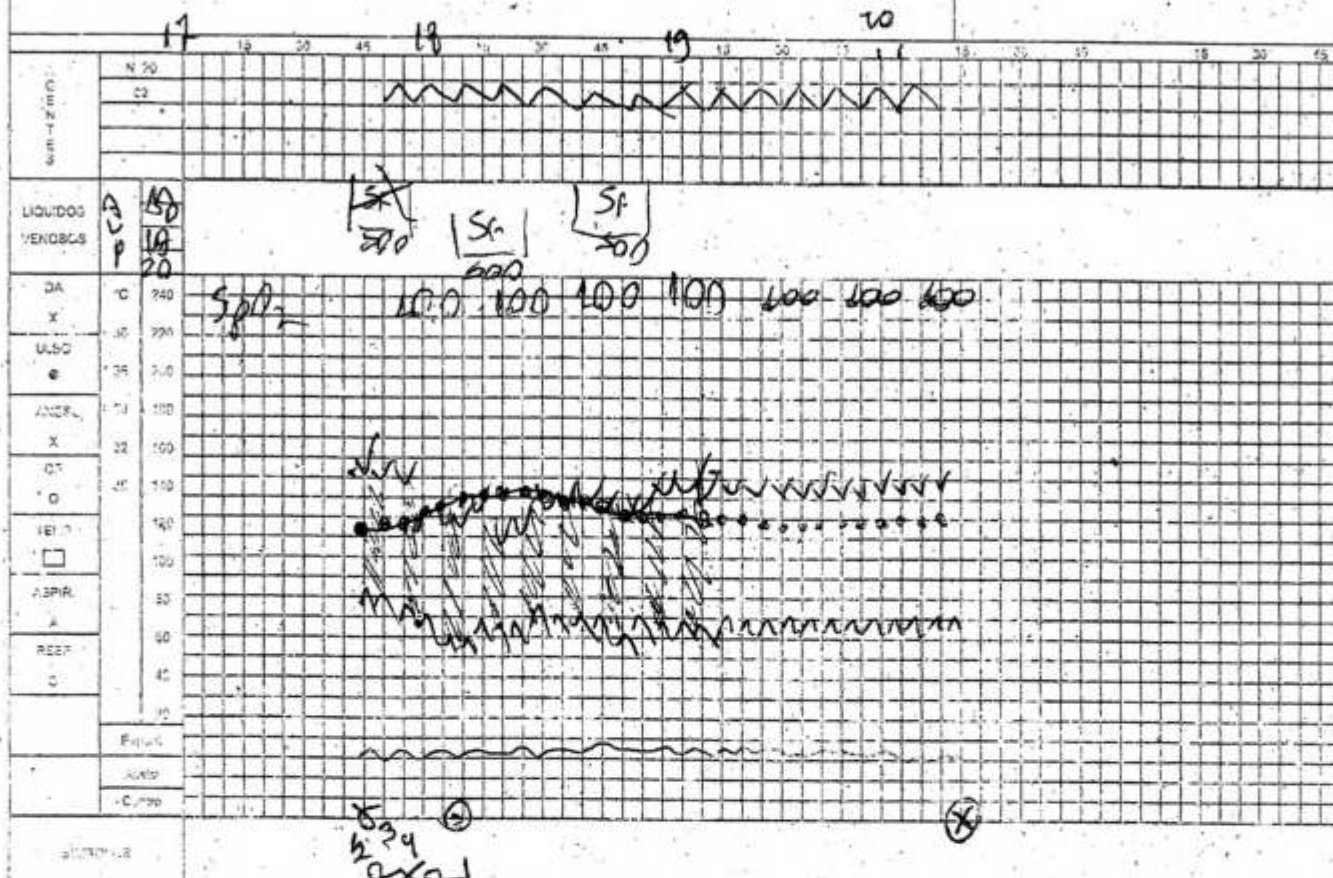
Ass. Cir. 123456789 (p)
Ass. Cir. 123456789 (p)
Ass. Cir. 123456789 (p)
Ass. Cir. 123456789 (p)
Ass. Cir. 123456789 (p)

Julia Mendes Paletina

QA/02/20

Negen theyin

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

[illegible]

Alberto F. M. Herrera
Médico-Anestesiólogo
CRM 307/RR

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade:		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: Julio Menezes Polacio.		IDADE: 230ms	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário	Data 08/02/2020
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala IV	Circulante de Sala: Rizangela y/Andre	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Fixador 300 Fixador 400					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ()		Dados Adicionais:	Marca:	
ITEM	Fixador de 300	DESCRIÇÃO DO ITEM	1	QUANT
	Fixador de 400		1	
	ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 400 Ref.: 4747/04 Lote: 19AD04667 Registro ANVISA: 10223710095			
	ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300 Ref.: 4747/02 Lote: 19E001531 Registro ANVISA: 10223710095			

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

Empresa ()		Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()	Marca:	
EM		DESCRIÇÃO DO ITEM		QUANT
	ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 400 Ref.: 4747/04 Lote: 19AD04667 Registro ANVISA: 10223710095			
	ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300 Ref.: 4747/02 Lote: 19E001531 Registro ANVISA: 10223710095			

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

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

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 2007



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	SILVA, NEUZER PALACIO		
AGNOSTIC	Múltiplas hérnias (umb, plax, costais clava)		
ALERGIAS	Antimicro	HAS	NEGA
IDADE	1	LEITO	DATA 08/02/10
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		S.N.D
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	6/6h	18: 24 06 12
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		18: 24 0.6 12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		0.6
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		18: 24 0.6 S.N
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		16 24 08
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		S.N
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		16 22 04
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		18: 0 0
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
13	SSVV + CCGG 6/6 H		Atenção
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	Comprimido de hemorroidas 02 bolsones		
16	Ulexane 40mg SC 1x dia		
17			20
18			
19			
20			
21			

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO. AFEBRIL, EUPNEICO.

NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO : RX: # CONDUITA : MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA :

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

Dr. Pedro de S. Fausto

Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

120-3(m)



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Julio Cesar da Silva</i>					
AGNOSTIC <i>Polio</i>					
ALERGIAS <i>FX um pouco de</i>					
IDADE		HAS	NEGA	DM2	NEGA
LEITO		DATA <i>07.02.2020</i>			
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				SN
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				SN
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				SN
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. Fernando Rezende
CRM-RB 2007

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	Tem
12 H	120/83	83		36,7
18 H				
24 H	120/70	85		36,7

Cleudimar Araújo Oliveira
Técnico em Radiologia
CRM-RB 599.293
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE JULIO MENESES PALACIOS			
AGNÓSTICO FX FEMUR+LIVRO ABERTO+ANTEBRAÇO			
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	120-2	DATA
			09/02/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE PASTOSA		5FD
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		manh.
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H		At 2408
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		At 2406
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h		At 2406
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN		5x
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA		At 6
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		5x
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		At 6
11			
12			
13			
14			
15			
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
17	SSVV + CCGG 6/6 H		
18	CURATIVO DIÁRIO		
19			
20			
21			

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITAÇÃO:

CONDUÇÃO: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

06/12/2019 120 + 110 3623

Dr. Pedro Di Giovanni
 Cirurgião Traumatologista
 CRM-RR 12451 RQE: 694

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	122x82	108	20x2
18 H	124x81	120	20x2
24 H	120x70	110	20x2

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

*Plantão diurno; cateteres instalados
 medicação prescrita. Segue
 das unidades. R7*

1202

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia						 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO							
AGNÓSTIC MULTIPLAS FRATURAS (CLAVICULA, COTOVELO ANTEBRAÇO FEMUR PELVE							
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE		LEITO	120-2	DATA	10/02/2020		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					S/N	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO					S/N	
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H					S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H					S/N	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN					S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN					S/N	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM					S/N	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA					S/N	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H					S/N	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H					S/N	
12	CLEXANE 40MG SC 1X DIA					S/N	
13	NORIPURUM 1 AMP EV 1X DIA					S/N	
14	SULFATO FERROSO 40MG VO APÓS CAFÉ, ALMOÇO E JANTAR					S/N	
15	VIT C 500MG VO APÓS CAFÉ E JANTAR					S/N	
16	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 COMP PELA MANHA					S/N	
17	SSVV + CCGG 6/6 H					S/N	
18	CURATIVO DIÁRIO					S/N	
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					S/N	
20							
21							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
EVOLUÇÃO MÉDICA: #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE #EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. #SOLICITAD: 2 #CONDUTA: MANTIDA #PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: #PREVISÃO DE ALTA:							

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	Temp.
12 H	122x76	63		36,5°C
18 H	139/90	86		37°C
24 H	120x80	80		36,2

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-RR-2028

06h PA 120x80
 P: 78
 T: 36°C

07-13h-Paciente acordado, higienizado no
 leito, realizado troca de lençol, diurese presente
 em SVD com 800ml. Sem queixos, segue
 sob cuidados da equipe. etc. Dr. Kenany
 CRM-RR-1248368

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -	Paciente: Junior Menezes			
	HGR	Leito: 120.2	Data: 01/02/2020		

Localização			Região: <u>BA DIA</u> Grau: I () II (X)
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u>Tracão</u> <u>X</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u>Tracão</u> <u>X</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u>Tracão</u> <u>X</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros
Pele Perilesional	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado (X) Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(X) 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	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Bruno	Jucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554	Jucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554
Observações:			

120-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
UNIDADE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO					
AGNÓSCICA: MULTIPLAS FRATURAS (CLAVICULA, COTOVELO ANTEBRAÇO FEMUR PELVE)					
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
DOAD	LEITO	0-2	DATA	11/02/2020	
TEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	VORAL LIVRE			S/A	
2	ESO VENOSO PERIFERICO			S/A	
3	0,9% 500ML EV 8/8H			S/A	
4	IRONA 500MG EV 6/6H			S/A	
5	ALITICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN			S/A	
6	AMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT			S/A	
7	ALBUTINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM			S/A	
8	MI PRAZOL 40MG EV 1XDIA			S/A	
9	TIOLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN			S/A	
10	NOAMICINA 500MG EV OU VO 6/6H			S/A	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			S/A	
12	KALE 40 MG SC 1X DIA			S/A	
13	RIFURUM 1 AMP EV 1X DIA			S/A	
14	GLATO FERROSO 40MG VO APÓS CAFÉ, ALMOÇO E JANTAR			S/A	
15	C 500MG VO APÓS CAFÉ E JANTAR			S/A	
16	IDOLICLO 5MG VO 1 CORA PELA MANHA			S/A	
17	VV + CCOG 6/6 H			S/A	
18	PATIVO DIÁRIO			S/A	
19	PTOPR 25 mg VO SE PAS > 100 E OU PAD > 110 MMHG			S/A	
20					
21					
22					

PARA TUDO CORREÇÃO COM INSULINA 40 GUIAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR O ANTONISTA

EVOLUÇÃO:
 # INCOGNITO
 # EXAME FÍSICO: BOM
 # NORMAIS
 # SINAIS
 # COM
 # PRE
 # PÓS

DIAGNÓSTICO:
 CENITE DETIADO NO LITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 TENS, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ATIVO, PULNEICO,
 S, HIPRATADO.

SINAIS	VS	PA	FC	FR
12h	137/84	102		35.5
18h	127x70	105		36.32
24h	140x80	100	20	36.2

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-RR 2028

24h medicado c.f.m. c.p.
 vido 55VV, segue nos
 unidades.

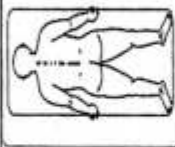
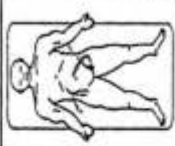
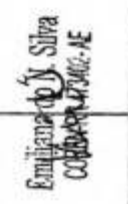
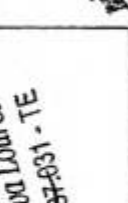
Jacqueline de Aguiar
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 54997-TE

Tarde -> 55VV
 ADM -> conforme Prescrição Médica
 cuidados gerais. Alto
 15m 34, mas foi administrado por não ter
 no setor

Geozilande Melo de Souza
 COREN-RR 292.369-TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR				
Paciente: <u>Julio Denegri</u>		Data: <u>11/02/20</u>			
Leito: <u>1802</u>					

Localização	 	Região: <u>Quadril</u> Grau: I () II (X)	 	Região: <u>MID</u> Grau: I () II (X)
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☒ Trauma : <u>Tracão</u> ☒ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	☐ LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☒ Trauma : <u>Tracão</u> ☒ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	☐ LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☒ Trauma : <u>Tracão</u> ☒ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	☐ LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☒ Trauma : <u>Tracão</u> ☒ Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização ☒ Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização ☒ Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	☐ 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:	☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Tipo de Exsudato	☐ Purulento () Seroso ☒ Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro:	☐ Purulento () Seroso ☒ Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro:	☐ Purulento () Seroso ☒ Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro:	☐ Purulento () Seroso ☒ Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido () Seco	☐ Molhado ☒ Úmido () Seco	☐ Molhado ☒ Úmido () Seco	☐ Molhado ☒ Úmido () Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () 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	() 12/12 ☒ Diário () 48/48h	() 12/12 ☒ Diário () 48/48h	() 12/12 ☒ Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 Juliana N. Viana Enfermeira COREN-RN 487-831-TE	 Juliana N. Viana Enfermeira COREN-RN 487-831-TE	 Juliana N. Viana Enfermeira COREN-RN 487-831-TE	 Juliana N. Viana Enfermeira COREN-RN 487-831-TE
Observações:				


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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
------------------	--	-----	--	----	--

PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO
----------	-----------------------

AGNOSTI MULTIPLAS FRATURAS (CLAVICULA, COTOVELO ANTEBRAÇO FEMUR Pelve

ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	--	-----	------	-----	------

IDADE		LEITO	<u>120-2</u>	DATA	12/02/2020
-------	--	-------	--------------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	5. A
---	------------------	------

2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	5/10/15 1/1/20
---	--------------------------	-------------------

3	SF 0.9% 500ML EV 8/8H	10/5	CP
---	-----------------------	------	----

4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	CRJ	18	16	1
---	------------------------	-----	----	----	---

5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN	8/5	18	2
---	---	-----	----	---

5	TRAMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN
6	TRAMAL 100MG + SED 8% 100ML EV OU VO DE 8/8h SE SOB INT

6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN
7	NAI BUEINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA CITE

7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	12
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	13

8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<i>06</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/24/24H	

9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV Q12H S/N	

10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	(R) 18 15 7
11	CINQUELOXACINA 100MG TAB 1/1	

11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		18
----	--	--	----

12	CLEXANE 40MG SC 1X DIA
----	------------------------

13	NORIPURUM 1 AMP EV 1X DIA	105 1/2
----	---------------------------	---------

14	SULFATO FERROSO 40MG VO APÓS CAFÉ, ALMOÇO E JANTAR	14	26
----	--	----	----

15	VIT C 500MG VO APÓS CAFÉ E JANTAR	19	20
----	-----------------------------------	----	----

16	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 COMP PELA MANHA	10/09/2022
----	---------------------------------------	------------

17	SSVV + CCGG 6/6 H	
----	-------------------	--

15	CURATIVO DIÁRIO	8 E 9/10
----	-----------------	----------

19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	≤
----	---	---

19	CAI FOR RIE 25 mm VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
20		

21		
----	--	--

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 QU. GLICOSE ≤ 70
IU/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO : BÉG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.
B. SOLICUADO.

SOLICITADO :
COMPLETA : 1

CONDUITA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	133x74	96		36°
18 H	130x70	90		36°
24 H	140x84	103	—	36°

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

est. verificadas
SSVE e admi
nistradas e
direções con
forme pres
crição médi

CBS: Realized
more ANP an

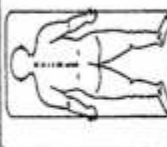
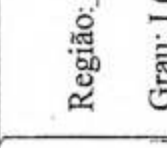
Cristiana Sarmento de Seix
Téc. em Enfermagem
COREN-RR: 462501

13 only John must collect C.P.A.
S. 5211 new trading

06:00h: Não realizou os itens
14-15 não tem no selo. Realizados os demais

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <u>Julio Drenageo</u>	Data: <u>12/02/2020</u>		
		Leito: <u>120-2</u>			

Localização			Região: <u>quadril D/E</u> Grau: I () II ()		Região: <u>MID</u> Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>X</u> Tração <u>X</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:			() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>X</u> Tração <u>X</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros			() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:			() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguineo () Seco () Outro:			() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguineo () 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:	Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE	Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE		Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE	Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE
Observações:	<u>Realizado curativo BID Troca</u> <u>Vanessa da Silva Moraes</u> <u>Técnica Enfermagem</u> <u>COREN-RR 965 152 TE</u>				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu Julio V. Meneses Palacios CPFnº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 14 de 02 de 20 20

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Boa Vista, _____ de _____ de 20 ____ Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

120-2

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO					
AGNÓSTICO MULTIPLAS FRATURAS (CLAVICULA, COTOVELO ANTEBRAÇO FEMUR PELVE					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	120-2	DATA	13/02/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H				08 16 24
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12 18 24
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				SW
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				06
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				SW
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				06
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				08 16 22
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				06
12	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				12
13	NORIPURUM 1 AMP EV 1X DIA				12
14	SULFATO FERROSO 40MG VO APÓS CAFÉ, ALMOÇO E JANTAR				08
15	VIT C 500MG VO APÓS CAFÉ E JANTAR				08
16	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 COMP PELA MANHA				08
17	SSVV + CCGG 6/6 H				08
18	CURATIVO DIÁRIO				08
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
20	TRASFERIR AO HC				
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
 IU/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

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

06h 120/60 P-94 Tax 36,6°

SINAIS VITAIS				DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM RR 2028
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140x75	94	36°	
18 H	137x80	103	36,6°	
24 H	140x80	100		

12:00h, sem medicação C.P.U
 cicatrizes 15 e 16. Não feriu no
 Sítio
 sem curativos

Raíza Almeida de S. Araújo
 Tec. Enfermagem
 COREN-RR 609.009 - TFC

06 Administrativo Medicos CP N.
Hendos SSVV + Evidencia Gercis

Laydes Alda S.
Fte. ENL
Coton 210173

120-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																									
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																									
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																									
PRESCRIÇÃO MÉDICA																									
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																						
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO																								
AGNÓSTICO	MULTIPLAS FRATURAS (CLAVICULA, COTOVELO ANTEBRAÇO FEMUR PELVE																								
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA																					
IDADE	LEITO	120-2	DATA	14/02/2020																					
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																				
1	DIETA ORAL LIVRE				SN																				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manhã																				
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H				08 10 24																				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12 18 24 06																				
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN																								
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				SN																				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM																								
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06																				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN																				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				10 16 22 06																				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				18 06																				
12	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16																				
13	NORIPURUM 1 AMP EV 1X DIA				19																				
14	SULFATO FERROSO 40MG VO APÓS CAFÉ, ALMOÇO E JANTAR				08 14 20																				
15	VIT C 500MG VO APÓS CAFÉ E JANTAR				08 20																				
16	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 COMP PELA MANHA				12																				
17	SSVV + CCGG 6/6 H				manhã																				
18	CURATIVO DIÁRIO				curativo																				
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN																				
20	TRANSFERIR AO HC																								
21																									
<u>SE DIABÉTICO</u> 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 <u>EVOLUÇÃO MÉDICA:</u> # ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: REG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITAÇÃO: # CONDUITA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>124/66</td> <td>100</td> <td>355°C</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS				6 H	PA	FC	FR	12 H				18 H	124/66	100	355°C	24 H			
SINAIS VITAIS																									
6 H	PA	FC	FR																						
12 H																									
18 H	124/66	100	355°C																						
24 H																									

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM -RR 2028

VB5: Os 12:00 os itens 14 e 16 não tem em ampola EV não tem comprimido de xerone

Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 000 451 072

08/02/20 Ortopedia

Paciente vítima de acidente
transito, apresentando múltiplas
fraturas: fx clavícula proximal (D),
fx cotovelo D, fx antebraço D,
fx punho D, fx pulso
Ex. Fraco, locumte hipocrado, taquicardia
PA não arborada.

cd: Ao ET Pl transfuso sangüínea
+ infuso de volume
e após estabilização ad
C.C. para fixação

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 2007

à 16:00

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

08.02.2020
Julio Menezes Salas
0114200109041

287

16:20	36.0	90x60	146	16
16:35	36	90x60	117	17
17:21	36	90x60	117	20

Dr. Leon Pereira Pires
Enfermeiro
CR 288.737-RR

NIR

Anexo I

TRANSF. 21/03/2020

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO TÉCNICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - SÉRIE

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - CBOR

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

43 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

040802 0423 → 5524

040806 0360 → 5524

4838



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
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES
231965-9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

4 - CNES
231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JULIO MENEZES PALACIO

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO
00178589

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
203163415890003

8 - DATA DE NASCIMENTO
16/02/1996

9 - SEXO
1 - Masculino

10 - RAÇA / COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

SILVANIA MARIA DE MENEZES

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

JULIO MENEZES PALACIO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

AVENIDA: BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - SN - - AEROPORTO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO, 18 - UF
140010 RR

19 - CEP
69.310-005

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/03/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

☐ CNS ☐ CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



BOLETIM OPERATÓRIO

Julio Henrique

Data: 19/03/2021

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Sob Sedação Feita RMS Fixado
Extremo Femur D
- ② Tussão Dorso Nado
Disco x Placa - Encontra-se F
Comunicação 43 1/2 Proximal
Redução - Estabilização com Placa DCD
Furos + OF Parafusos
- ③ Tussão Ulnar - Disco x Placa
Encontra-se Fx Comunicação Ulnar
Redução - Estabilização com Placa
DCR 10 Furos + OF Parafusos
Fechamento x Placa
Tal Cossida Tuguma Rodada

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 458



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Julio menezes blacio, 24 anos.

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO *# Fentanil 100 mcg @
Midazolam 5mg @*

Nº *Boa Vista - RR
19.03.2020*

		11:00															12:00															13:00																																																																																																								
		15															30															45															15															30															45															15															30															45														
AGENTES	N 20																																																																																																																																							
	02																																																																																																																																							
LÍQUIDOS VENOSOS	A V P																																																																																																																																							
	H S E																																																																																																																																							
DA	°C	240																																																																																																																																						
X	38	220																																																																																																																																						
ULSO	36	200																																																																																																																																						
ANES	34	180																																																																																																																																						
X	32	160																																																																																																																																						
OP	30	140																																																																																																																																						
O																																																																																																																																								
TEMP		120																																																																																																																																						
		100																																																																																																																																						
ASPIR.		80																																																																																																																																						
A		60																																																																																																																																						
RESP		40																																																																																																																																						
O		20																																																																																																																																						
	Export																																																																																																																																							
	Assist																																																																																																																																							
	Corpo																																																																																																																																							
SÍMBOLOS		<i>2 3 4 6 8</i>																																																																																																																																						
AGENTES	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES																																																																																																																																					
A Lidocaína		bloqueio do plexo	<i># Check List + Monitorização (SPO2) FC + ECG + PA (v) ① Assépsia + Anti-sepsia da região clavicula e axilar com álcool 70% + ② bloqueio do plexo braquial e axilar com lidocaína e ropivacaína ecoquiado </i>																																																																																																																																					
B Ropivacaína		braquial e axilar																																																																																																																																						
C Propofol		ecoquiado																																																																																																																																						
D Midazolam																																																																																																																																								
E																																																																																																																																								
F																																																																																																																																								
G																																																																																																																																								
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro-faríngea	<i>Não</i>																																																																																																																																					
NDCD		Naso / Oro-faríngea - Corja																																																																																																																																						
SANGUE		Bal - Temp - Calibre do Tubo																																																																																																																																						
		Solú Málacra																																																																																																																																						
		Dificuldade Técnica																																																																																																																																						
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA																																																																																																																																						
OPERAÇÃO		<i>Tratamento cirúrgico de fístula multifistulosa Cefalo e autoinjeção direita.</i>																																																																																																																																						
ANESTESIA		CÓDIGO	PERDA SANGÜEA																																																																																																																																					
<i>Dr. Ademias I. Resende</i> <i>Anestesia</i>		<i>Dr. Carlos Enrique</i> <i>Dr. Juss</i>																																																																																																																																						

*Bruno Thiago O. E. P. Medico
CRM-RR 1025*

- ③ Propofol 30 mg @
- ④ Ketamina 25 mg @
- ⑤ ceftriaxona 2g @
- ⑥ Penicilina 40 mg @
- ⑦ Diprivan 2 g @
- ⑧ Propofol 30 mg @
- ⑨ Encamilus paciente sepa

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Idade: _____ Peso: _____ Alt: _____ Enf: _____ Letor: _____ Serv: _____
 Diagn. Pré-OP: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____
 Cir. Proposta: _____ Patol Assoc: _____

Anest. Ant: _____
 Alergia: _____
 Alcool: _____ Fumo: _____
 DROGAS: (Corticóide, fenotiazínicos, hipotensor, narcotráfico, hipotico, digitálico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfas, casopressor, IMAO, outros)
 Estado Mental: _____ Boca: _____
 Psicoço: _____ Velas: _____
 RX: _____
 Feses: _____
 Hepatograma: _____
 Outros: _____
 Parecer Clínico: _____
 PA: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____

Sangue Tipo: _____ Leuc: _____ Ht: _____ Hb: _____
 Hm: _____ tc: _____ ts: _____ p. Lago: _____
 r. Coag: _____ Pq: _____ Uréia: _____
 creat: _____ Glic: _____ Na: _____ mEq/l
 Cl: _____ mEq/lk _____ mEq/lpH _____ pO2 _____
 pCO2 _____ BA _____ BB _____ BS _____ BE _____
 URINA: r: _____ pH: _____ glic: _____ Alb: _____
 Sedim: _____
 Ap. gen. Uri: _____
 AP. Resp: _____
 AP. Circ: _____
 AP. Digt: _____
 S. Osteo - Art: _____
 S. Nerv: _____
 S. Endoc: _____

Medicação Pré - AnL	DOSE	VIA	HORA

Est. Fis (ASA) _____ AN. Proposta _____
 NB: _____

Assinatura

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data 19/03/2020 Hora 14:30

Examinado paciente PEG, 1016
supraco, acústico para bloco
da ortopedia.

Andressa M. Lima
 Médica Residente de Anestesiologia
 CRM-BR 2089

Assinatura

Data ____/____/____ Hora ____:____:____

Assinatura



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ginecologia		Procedimento Realizado: Cesárea	
Nome do Paciente: Marta Maria da Silva		IDADE: 34	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data 19/04/2007
Bloco: A	Enfermaria: AOS	Leito: C1	Nº da Sala 6.1	Circulante de Sala: Sobral / Tavares	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: C8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ()

Dados Adicionais:

Marca:

DESCRIÇÃO DO ITEM

QUANT

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT
01	Agulha Bisturi nº 15	1
02	Agulha Bisturi nº 18	1
03	Agulha Bisturi nº 20	1
04	Agulha Bisturi nº 22	1
05	Agulha Bisturi nº 24	1
06	Agulha Bisturi nº 26	1
07	Agulha Bisturi nº 28	1
08	Agulha Bisturi nº 30	1
09	Agulha Bisturi nº 32	1
10	Agulha Bisturi nº 34	1
11	Agulha Bisturi nº 36	1
12	Agulha Bisturi nº 38	1
13	Agulha Bisturi nº 40	1
14	Agulha Bisturi nº 42	1
15	Agulha Bisturi nº 44	1
16	Agulha Bisturi nº 46	1
17	Agulha Bisturi nº 48	1
18	Agulha Bisturi nº 50	1
19	Agulha Bisturi nº 52	1
20	Agulha Bisturi nº 54	1
21	Agulha Bisturi nº 56	1
22	Agulha Bisturi nº 58	1
23	Agulha Bisturi nº 60	1
24	Agulha Bisturi nº 62	1
25	Agulha Bisturi nº 64	1
26	Agulha Bisturi nº 66	1
27	Agulha Bisturi nº 68	1
28	Agulha Bisturi nº 70	1
29	Agulha Bisturi nº 72	1
30	Agulha Bisturi nº 74	1
31	Agulha Bisturi nº 76	1
32	Agulha Bisturi nº 78	1
33	Agulha Bisturi nº 80	1
34	Agulha Bisturi nº 82	1
35	Agulha Bisturi nº 84	1
36	Agulha Bisturi nº 86	1
37	Agulha Bisturi nº 88	1
38	Agulha Bisturi nº 90	1
39	Agulha Bisturi nº 92	1
40	Agulha Bisturi nº 94	1
41	Agulha Bisturi nº 96	1
42	Agulha Bisturi nº 98	1
43	Agulha Bisturi nº 100	1

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

Empresa ()

Nome da Empresa: SIRIUS () / SÍNTESE () / QUANTUM ()
ATHENA () / MACON ()

Marca:

DESCRIÇÃO DO ITEM

QUANT

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

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

2 VIA - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2 OPME/CME

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Ed: 23</i>		APT* OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
<i>Julio Mendes Palacios</i>		<i>108-01</i>		<i>19/03/2020</i>	
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
<i>Atenuante de Radu e Uma (D)</i>			INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
			<i>11:40</i>	<i>13:28</i>	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA			
<i>Dr. Carlos Henrique</i>		<i>M. Adonias / R2 Anderson</i>			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
<i>M. Gaus</i>					
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
		<i>Adenilton Tauris</i>			
TIPO DE ANESTESIA <i>BPD</i>					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATGUT SIMPLES N°		☒	FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc <i>300</i>	
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO	
	CATGUT N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
	CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE	
	FIOS DE SEDA N°		☒	PENTRANE <i>0,5cc</i>	
	FIOS DE ALGODÃO N°			ENTRANE	
	MONONYLON COM AGULHA		☒	CPETER <i>de 02</i>	
	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA	
☒	UNIDADES DE GAZE <i>pet</i>			PROSTGMINÉ	
☒	PARES DE LUVAS N° <i>8,5</i>		☒	THIONEMBUTA <i>Atadrop 20cc</i>	
	EQUIPOS PARA SORO		☒	MARCA <i>Atadrop 20cc</i>	
	ROLOS DE ESPARADRAPO		☒	INOVA <i>Atadrop 20cc</i>	
	DRENOS N°		☒	GLICOSE % <i>pvp 5 de glicose</i>	
	SONDAS N°		☒	ÁGUA OXIGENADA <i>Chlorox 4 de glicose</i>	
☒	AGULHAS <i>4x12</i>		☒	MERTHIOATE <i>Alcohol 20%</i>	
☒	COMPRESSAS <i>pet 21 3und.</i>		☒	MERCÚRIO-CROMO <i>Esquema macro</i>	
☒	LÂMINAS PARA BISTURI <i>22</i>		☒	<i>Etanol</i>	
			☒	<i>Ylex 18</i>	
			☒	<i>Tornesine 3 uis</i>	
SOMA				SOMA	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE		VALOR	
		<i>Brika</i>			
		<i>Julius</i>			
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS		FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO		SUB-TOTAL	
				SOMA	
				ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE	



Ribeirão Preto, 18 de Maio de 2020
Enfermeira
Cristina R. R. 2017-114 ENF

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ATIVIDADE DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Enfermeiro (a): _____ Hora: 13:28 Data: 18/03/2020

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

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Admitido em S.O. p/ procedimento eletivo de esternotomia para troca de cateter de O2 + cateter de
Lava esternotomia S.O. + avulso. Após cirurgia, segue à PRs.

Responsável:

Ribeirão Preto, 18 de Maio de 2020
Enfermeira

Cristina R. R. 2017-114 ENF

Nome: Julio Mendes Tolado

Data de Nasc: 16/02/1996 Idade: 24 ANOS Setor/leito: 108-4 Data: 13/03/2020

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO				SRPA												
Cirurgia Proposta: <u>cat. prof. do bexiga + cat. uretra</u>		Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais									
1. Informações:		MO: <u>08</u> <u>11:00</u>		11:40		13:25	Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDR-TE	DOR			
Jejum () Sim () Não Prétese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não ? Qual: _____ Reserva de Hemoderivado: _____ () Sim () Não Outros: _____		Cirurgia Realizada		Anestesia		Posicionamento	Nome: <u>Elton Ribeiro</u> Dose: <u>2g</u> Plasmia: _____ Plaquetas: _____ Anafono Patológico: _____ N° de Compressas oferecidas: _____ N° de Compressas recolhidas: _____ Exames na SO: _____ () Ht () Hb () Hemograma () RX () Gasometria () Outros: _____		1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros: _____		0' 15' 30' 45' 1h 01:30h 2h Observações: _____		FC <u>90</u> bpm PA <u>118</u> x <u>82</u> mmHg SAT <u>100</u> % T <u>36,2</u> °C R <u>18</u> rpm Sinais Vitais: Saída da SO () Regular () Irregular Destino: () SRPA () UTI () outros: _____		Legendas: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT () Não () Sim N° _____ 12. SVD () Não () Sim N° _____ 13. Outros: _____		Balanço Hídrico (Pré/Intra/Pós Operatório) Entrada Saída Hora Medicação CH SNG/Volume Dreno/Qual Hora SVD/Aspecto Dreno/Qual Outros	
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Deambulando () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado 3. Sinais Vitais: T _____ °C R _____ rpm FC <u>100</u> bpm PA <u>118</u> x <u>82</u> mmHg SAT <u>100</u> % () Regular () Irregular 4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>paciente em boas condições</u> <u>cat. uretra, cat. bexiga</u> <u>+ cat. uretra</u>		Entrada na Sala Início da Anestesia Início da Cirurgia Término da Cirurgia Término da Anestesia		Anestesia Cirurgia Localização		Sinais Vitais FC PA SPO2 ALDR-TE DOR		Balanço Hídrico (Pré/Intra/Pós Operatório) Entrada Saída Hora Medicação CH SNG/Volume Dreno/Qual Hora SVD/Aspecto Dreno/Qual Outros										



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Julio Vinícius Palares
Responsável Cirurgião Dr. J. J. J.
Dr. Carlos Alberto Lima

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

- ☒ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☐ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Juliana Melo Lima

Assinatura

Data 19/03/2020 Hora: 12:00

ANTES DA INCISÃO

Anestésista Dr. Adonias Dr. Anelmaria

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM 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

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

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Rebeca Muelido Costa
Enfermeira
Crea-RR 201-14-016

Assinatura e Carimbo

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	18/03/2020	DN	16/02/1996
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO			
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + ANTEBRAÇO E FEMUR			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	108-1	DATA	19/03/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ZERO ATÉ SEGUNDA ORDEM			SND
2	AVP			MANTER
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN			SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			6
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IF			SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
12	CURATIVO			CURATIVO
13	SSVV + CCGG 6/6H			ROTINA
14	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H			10 22
15	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, CIRURGIA CANCELADA POR CONTA DE
HIPERTENSÃO. SOLICITADO EXAMES E AVALIAÇÃO DA CARDIO PARA ACOMPANHAMENTO.
PACIENTE SERÁ SUBMETIDO A CIRURGIA HOJE A TARDE.

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	Ret ementa - de novo C.C.		
18 H	114/62	95	358
24 H			

DON MARTINS
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 2038-RR

20h feito medicação CPM.
Tec. Luígia.

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

ALTA

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	18/03/2020	DN	16/02/1996
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO			
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + ANTEBRAÇO E FEMUR (EVELUIU PRA CELULA)			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	108-1	DATA	21/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA oral livre			SN
2	AVP			MANTER
D1	Ceftriaxona 1g EV de 12/12h			20 05
D1	OXACILINA 500MG EV de 6/6h			15 24 06 12
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN			SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			6
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N			SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN			SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
12	CURATIVO			CURATIVO
13	SSVV + CCGG 6/6H			ROTINA
14	Tilatil 20mg EV de 12/12h			10 22
15				
	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, SINAIS INFLAMATÓRIOS EM MÃO
 DIREITA (CELULITE?)

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

Bruno Vieira
 CRM 1231 RR
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia



HOSPITAL DAS CLINICAS Dr. WILSON FRANCO

RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL

GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 18, 03, 20
PACIENTE: Jairo Meneses Pires DN: 1/1/

DIAGNÓSTICO(S): 1º - insuficiência cardíaca + 2º - insuficiência renal + 3º - insuficiência hepática

DIH: 1/1/1 Dieta: + 1º - insuficiência renal + 2º - insuficiência hepática

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1/1): Hb: Ht: Ur: Cr: + 1º - insuficiência renal + 2º - insuficiência hepática

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO³⁻: PH: BE: PO²: PCO²:

EAS:

CULTURAS (1/1/1):

IMAGEM

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

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

Cl: HCO³⁻: PH: BE: PO²: PCO²:

EAS

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Transferência ao HGR
Realização procedimento
cirúrgico

Bom Vista, 18 de 03 de 20 Hora:

Assinatura/carimbo do Médico Assistente CRM

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico CRM

Dr. Lidai Alencar
Clínico Geral
CRM-RR 1517



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu JULIO WENEFES TALAMBO CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 21 de MAIO de 2020.

Assinatura do paciente: X

Responsável:

1) Assinatura: Cláudio Lima da Silva

Nome Cláudio Lima da Silva

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: MADRISTA

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Boa Vista, _____ de _____ de 20 ____ Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

108.5
acumado

MC



108 - 1

Mc

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDADATA: 21/03/2020PACIENTE: DUJO MENEZES PALACIODN: / /DIAGNÓSTICOS: FX UNDO ABERTO + FX CLAVÍCULA + FX ANTE BRAÇO + FX RÔTULA
CEWLINE EM ANTE BRAÇO

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 NO SISTEMA5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ☒ SIM () NÃO
() AGUARDANDO NO SISTEMA6- 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:

NO MOMENTO EM USO CEFTRIAXONA E OXACILINA

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

PACIENTE RETORNA DO HC APÓS PROCEDIMENTO
CLÍNICO. EVOLUI COM CEWLINE EM BRAÇO MO
PROCEDIMENTO.
NO MOMENTO CLÍNICO.Boa Vista, 21 de março de 20 20. Hora: _____Don Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2038CRM 2038 IN

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM /

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

() HC () HLI () HMI () OUTRO _____



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

108.3
acumado
MC

Eu Julio Menezes Salgueiro CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 21 de março de 2020.

Assinatura do paciente: X _____

Responsável:

1) Assinatura: Cláudia Lima da Silva

Nome Cláudia Lima da Silva

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: Mãe

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Boa Vista, _____ de _____ de 20 ____ Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador



108-

Mc

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDADATA: 21/03/2020PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO DN: 1/1DIAGNÓSTICOS: FX UNDO ABERTO + FX CLAVÍCULA + FX ANTE BRAÇO + FX RÔTULO
CEWLINE EM ANTE BRAÇO

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: _____

2- PACIENTE: ☒ ACAMADO () DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR3- DIETA: ☒ VIA ORAL () SNE () OUTRA _____4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? ☒ SIM () NÃO
() AGUARDANDO NO SISTEMA5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ☒ SIM () NÃO
() AGUARDANDO NO SISTEMA6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? () SIM ☒ NÃO
() AGUARDANDO7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM ☒ NÃO
() AGUARDANDO8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: _____
PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:
NO MOMENTO EM USO CEFTRIAXONA E OXACILINA10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:
PACIENTE RETORNA DO HGR APÓS PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO. EVOLUI COM CEWLINE EM BRAÇO ANO
PROCEDIMENTO.
NO MOMENTO GILAVEL.Boa Vista, 21 de março de 2020. Hora: _____João Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 20388CRM 20388 RR

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM 1

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

() HC () HLI () HMI () OUTRO _____



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO

NOME: Júlio Menezes Palácio

DATA DE NASCIMENTO: 16/02/1996

DATA DE ADMISSÃO: 01/03/2020

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Anemia Fratura
de COTOVELO, Clavícula, ANTEBRAÇO, PELVE (em livro aberto)

ADMISSÃO MÉDICA

Paciente masculino, 24 anos, sem comorbidades relatadas, encaminhado ao HC por HC por trauma pélvico em livro aberto, conforme consta a ficha de pronto atendimento, a qual veio anexada ao prontuário.

Nega alergia medicamentosa.

No momento da visita médica, o paciente encontra-se estável clinicamente e hemodinamicamente, sem queixas algicas, relatando funções fisiológicas preservadas, aceitação da dieta, sono reparador.

AO EXAME: BEG, UTE, AAA, hipocorado 1+/4+, desidratado leve, eugneico, BPP sem edema, panturrilhas livres.

AR: MV - bilateralmente, SRA. SatO₂ - 98% em ar ambiente.

AC: RCR - em JT, BNS, Sem sopros.

ABD: plano, flácido, RHA+, indolor a palpação, sem VMG, sem sinais de peritonite.

CONDUTA: Mantida prescrição ortopédica - associa NORFLOXACINA o tratamento da dor.

Soluço glicêmica de jejum - HBA1c (tendo em vista que o paciente apresentava 173mg/dL de glicemia plasmática em jejum no exame do dia 26/02/2020).

Dr. J. Menezes
Médico
26/02/2020

ASSINATURA E CARIMBO Médico(s)

Boa Vista - RR, 01 de Março de 2020.

COPIA para o HC
Em 13/04/20
Ass:



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HOR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HOR

2319659

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HOR

2319769

Identificação do Paciente

CLAUDENEZ, M. ANGE

10/02/1996

SILVANIA MARIA DE MENEZES

10/02/1996

RUA DA BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - SN - AEROPORTO

BOA VISTA

140010

RR

99.310.005

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CHIRURGIA GERAL

ELETIVO

10-02-2000

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ACIDENTE DE TRANSITO

ACIDENTE TRABALHO TIPO

ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

AUTORIZAÇÃO

13 04 90
S.

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - PART. NACIONAL DO SAÚDE (ONE)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - Nº

11 - Nº

12 - NOME DO PAI DO RESPONSÁVEL

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - Nº

15 - ENDEREÇO DA A. Nº, BAIRRO

16 - MUN. C. D. DE RES. D. C. N. A.

17 - C. D. B. C. E. M. U. N. I. C. I. P. A. L.

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - HISTÓRIA CLÍNICA E EXAMES CLÍNICOS

Paciente há ± 111 dias
com insuficiência cardíaca
+ fixação externa para o coração

21 - HISTÓRIA CLÍNICA E EXAMES CLÍNICOS

22 - HISTÓRIA CLÍNICA E EXAMES CLÍNICOS

23 - HISTÓRIA CLÍNICA E EXAMES CLÍNICOS

24 - HISTÓRIA CLÍNICA E EXAMES CLÍNICOS

25 - HISTÓRIA CLÍNICA E EXAMES CLÍNICOS

26 - C. D. T. P. R. I. N. C. I. P. A. L.

27 - C. D. T. P. R. I. N. C. I. P. A. L.

28 - C. D. T. P. R. I. N. C. I. P. A. L.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

32 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

33 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

35 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

36 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

37 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

38 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

39 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

40 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

41 - CNES DA SEGURANÇA

42 - CNES

43 - ACIDENTE TRABALHO TIPO

44 - CNES/EMPRESA

45 - CNES DA EMPRESA

46 - ACIDENTE TRABALHO TIPO

47 - CNES/EMPRESA

48 - CNES DA EMPRESA

49 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

50 - EMPREGADO

51 - AUTÔNOMO

52 - DESEMPREGADO

53 - APOSENTADO

54 - NÃO SEGRADO

AUTORIZAÇÃO

55 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - C. D. O. R. I. G. I. N. A. L. E. M. I. S. S. O. R.

57 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

58 - DOCUMENTO

59 - Nº DO DOCUMENTO (CONSELHO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

60 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

61 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

13 04 20

51



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

Sou informado 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 (as) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgia(s) ao(s) qual(is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Araraquã-SP).

1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1828, 1829, 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 23

- 2) Não é cliente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Retatama, caso se faça necessário, tais como:

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

4.3 Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessário, este(a) será transferido para Hospital de Referência.

5.1. A qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

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

Éch. VI.44. C¹² de _____ de 20 ____

Assinatura do paciente: _____

Responsive:

Assumptions

None

China

Gran de Parentesco:

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Bon Vista de _____ de 20 ____ Hora: _____

None Computer

Apostila de Medicina

CHILD

Assinatura e carimbo do Médico Regulador

13 24 30



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNACÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

JULIO LIMA S. TALLES

CPM

Concordo que apresente Termo de Consentimento Esclarecido tendo o objetivo de cumprir os deveres éticos de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o tratamento (i.e. Assistência Clínica, Medicamentos ou Procedimentos e Exames Cirúrgicos) e/ou qual(is) será(ão) submetido, complementando as informações prestadas pelo(a) médico e/ou a equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

1. Foi informado(a) que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de ser atendido(a) em unidades médicas, associações de saúde, complexidade e de curta permanência. 2. Não tenho certeza que possam ocorrer eventual necessidade de transferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Lesões e/ou pré-agredidos;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento especializado;
- Aumento de idade pela equipe assistencial.

3. Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar, uma vez que não sou transferido para Hospital de Retaguarda.

4. Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e/ou cirúrgico.

5. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi, autorizo e concordo com tudo que me foi explicado e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer aspecto, parágrafo ou cláusulas com as quais não concordo.

Boa Vista, 24 de Março de 2020.

Assinatura do paciente: X

Responsável:

Assinatura: X

Nome: Juliana Lima de S. J.

CPM

Grande Paricó - RORAIMA

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

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, os aspectos, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento (o procedimento) acima descritos. As razões que o paciente/responsável entende o que expliquei.

Boa Vista, de de 20 Hora

Nome Completo:

Assinatura do Médico:

CPM

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

13 04 20
S/



RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 13/04/20

PACIENTE: [nome do paciente]

DN: [data de nascimento]

DIAGNÓSTICOS:

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:

P.A.: FC: TEMPERATURA: SATO2:

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

[Descrição da evolução clínica do paciente]

Bom Vista, de de 20 Hora:

Assinatura e carimbo do MÉDICO ASSISTENTE
CRM

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Assinatura e carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para
CRM
☒ HHC ☐ HLI ☐ HMI ☐ OUTRO

13 04 20
9



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu, Paulo Roberto da Silva CPF nº 000.000.000-00

Sou informado 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)erei 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:

1.1 Foi 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.

1.2 Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

1.3 Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

1.4 Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

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

Boa Vista, 02 de maio de 20 13.

Assinatura do paciente: Paulo Roberto da Silva

Responsável:

Assinatura: _____

Nome: _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável ou familiares, o proposto, 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: _____

CRM: _____

Assinatura/cirimbado Médico Regulador

13 04 20
9.

24 30



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: <i>Francisco Menezes Paes</i>					
ACONSELHO					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
DOAÇÃO	LEITO		DATA	<i>25/05/2020</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL L.V.R.E.				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0.9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMILTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 500MG EV OU VO 8/8H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSV + CCGG 8/8 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	<i>26/05/2020 18 pontos sutura para</i>				
16	<i>Dr. Laércio</i>				
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO FORNECER COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA:
200-300 20U, 250-350 40U, 300-350 60U, 350-400 80U, 400-500 10 UI E DOSE GLICOSE < 70
100MG INGLICOR 40 MG EV + AVANAR PLANTONITA

EVOLUÇÃO MÉDICA
1. VITAL: 120/80 PACIENTE SÓTADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE
2. EXAM. FÍSICO: D.O. ADIABOTICO, ANICTERICO, APENAS, FURNEICO,
3. EXAM. DE FEZES: NEGATIVO
4. EXAM. DE URINA: RX BEXIGA - MANTIDA
5. EXAM. DE SANGUE: NEGATIVO
6. EXAM. DE SANGUE: NEGATIVO

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

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

13/04/20



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ginecologia	Procedimento Realizado: Cautela de Descrição de Materiais Cirúrgicos
Nome do Paciente: Marta Helena	IDADE: 24	SEXO: F () M ()
Bloco: Enfermaria:	Leito:	Nº do Prontuário 00343 539
	Nº da Sala 6	Data 25/04/96
		Circulante de Sala: Marta Helena / Marta

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (✓)

Dados Adicionais:

Marca:

ITEM

DESCRIÇÃO DO ITEM

QUAN

ORTOSINTESI INC. F. COM. LDA
R. 5000 LAY F. X. C. BARRA 152
S/Nº 4747173
Reg. nº 24/151 - 10/23/1995

Dr. João Soares
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
CRM-RR 0993
RPM 434 272 200

MEDICO CIRURCAO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

Empresa ()

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

Marca:

ITEM

DESCRIÇÃO DO ITEM

QUANT

MEDICO CIRURCAO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

EXEMPLO/CPV:

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3008, Aeroporto
CEP 69.010-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (068) 2121 0507

13 04 20
9



João Vitorino Pereira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

MODO DE INTERFERÊNCIA

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

INTERVALO

ADJUVANTE

SOLICITANTE

ANESTESISTA

N.º DO

1.º AUXILIAR

INSTRUMENTADORA

ANESTESIA

ANESTÉSICO

TEM

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

F. com D. H. em: unguem ventral
em: A. E.
em: S. e Colocação de FE em: unguem (1 par
em: unguem ventral) + amputação unguem +

13 04 20
9.

Dr. F. V. Pereira
CRM 12.345

SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Identificação do Paciente

3. NOME DO PACIENTE

4. DATA DE NASCIMENTO

5. DATA DE NASCIMENTO

6. NOME DO PAI DO PACIENTE

7. NOME DO PAI DO PACIENTE

8. NOME DO PAI DO PACIENTE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

9. HISTÓRICO DA DOENÇA

Doença de origem desconhecida (Hansen Ascaris)

10. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

Doença de origem desconhecida

11. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

12. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

13. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

14. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

15. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

16. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

17. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

18. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

19. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

20. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

21. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

22. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

23. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

24. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

25. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

26. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

27. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

28. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

29. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

30. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

31. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

32. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

33. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

34. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

35. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

36. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

37. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

38. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

39. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

40. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

42. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

43. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

44. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

45. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

46. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

47. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

48. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

49. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

50. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

51. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

52. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

53. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

54. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

55. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

56. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

57. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

58. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

59. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

59. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

60. NOME DO DOENÇA DE ORIGEM DESCONHECIDA

13 04 20
9

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Identificação do Paciente

2. NOME DO PACIENTE

3. DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE

4. ENDEREÇO DO PACIENTE

5. CID - 10

6. CID - 9

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

7. EXAME FÍSICO E SINTOMAS

8. RESULTADO DA JUSTIFICATIVA INTERNAÇÃO

9. TRATAMENTO EM USO, AUTOS DE PROVAS E MONITORIAS, RESULTADOS E EXAMES REALIZADOS

10. CID - 10

11. CID - 9

12. CID - 10

13. CID - 9

14. CID - 10

15. CID - 9

16. CID - 10

17. CID - 9

18. CID - 10

19. CID - 9

20. CID - 10

21. CID - 9

22. CID - 10

23. CID - 9

24. CID - 10

25. CID - 9

26. CID - 10

27. CID - 9

28. CID - 10

29. CID - 9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

30. CID - 10

31. CID - 9

32. CID - 10

33. CID - 9

34. CID - 10

35. CID - 9

36. CID - 10

37. CID - 9

38. CID - 10

39. CID - 9

40. CID - 10

41. CID - 9

42. CID - 10

43. CID - 9

44. CID - 10

45. CID - 9

46. CID - 10

47. CID - 9

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

48. CID - 10

49. CID - 9

50. CID - 10

51. CID - 9

52. CID - 10

53. CID - 9

54. CID - 10

55. CID - 9

56. CID - 10

57. CID - 9

58. CID - 10

59. CID - 9

60. CID - 10

AUTORIZAÇÃO

61. CID - 10

62. CID - 9

63. CID - 10

64. CID - 9

65. CID - 10

66. CID - 9

67. CID - 10

68. CID - 9

69. CID - 10

Dr. Odineia
Médico Residente
Régime de Internação

13 04 20

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Especialidades - PRAT/PRP
Av. Brasil, 1700 - Centro - Cuiabá, MT, 78000-000

1ª Classe

Atendimento
Urgência
Emergência
Atendimento
Atendimento

Atendimento
Urgência
Emergência
Atendimento
Atendimento

Atendimento
Urgência
Emergência
Atendimento
Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO - ORIENTAÇÃO

VALDO MENES PALACIO
Idade: 24 anos

Data Nascimento
16/02/1996

Idade
24 A 0 M 12 D

CPF
203103416890002

RG
03260161216

Plano de Saúde
00178509

Sexo
M

Estado Civil
NAO INFORMADO

Religião
PARDA

Residência
PRAT/PRP

SILVANIA MARIA DE MENEZES

AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - SN - AEROPORTO - BOA VISTA - RR

SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE

URGÊNCIA

DEMANHA ESPONTANEA

Sintomas febre

Sintomas tosse

DIAGNOSTICO

Arquivo de Enfermagem

GSC

TOTAL

AL 1251 102 12 145 102 12 145

INDICAÇÃO CONSULTA -

Indicação de consulta de rotina

Suposto Diagnóstico

Infecção de pele

Exames Complementares

Exame	Resultado	Observações
Exame de Urina		
Exame de Sangue		
Exame de Fezes		
Exame de Lúmen		
Exame de Tórax		
Exame de Abdome		
Exame de ECG		
Exame de Raios X		
Exame de Ultrassom		
Exame de Tomografia		
Exame de Ressonância		
Exame de PET Scan		

Conduta

Tratamento com antibiótico

Destino: 1 - Hematologia

Assinatura do Médico

Assinatura do Enfermeiro

Assinatura do Farmacêutico

13/04/20



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE					
ACNÓSTIC					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM?	NEGA
IDADE		LEITO	DATA	04/04/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/8H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MM/HG				
13	SSVV + CCGG 8/8 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	CLORANF 500mg 5C 1X/12H				
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. Marcelo Marq
Médico
Ortopedia e Traumatologia

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (ISOL) CONFORME ESQUEMA
1UI 250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 401-450 10 UI E C. GLICOSE > 70
C.M. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
- 14 UNO DO PACIENTE DETIDO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
- EXAME FÍSICO: RES. ACIANÓTICO, ANISOTÉRICO, AFEBRIL, PULSILCO,
- MANEJO DO PACIENTE: MANEJO
- SÓCIEDADE - 8X/8 CONDIÇÃO: MANEJO
- PRECIPITADO DE CIRURGIA:
- PRECIPITADO DE CIRURGIA:

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

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

13 04 20
9



HC

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 13/04/20
PACIENTE: JOÃO CARLOS DA SILVA
DIAGNOSTICOS: Infarto do miocárdio

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: Unidade de Terapia Intensiva

2- PACIENTE () ACAMADO () DEAMBULA () COM 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- HORARIO DOS ULTIMOS SINAIS VITAIS: 10h
PA: 120/80 FC: 70 TEMPERATURA: 36,5 SAT O2: 98

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:
Tratamento com aspirina, clopidogrel e nitroglicerina.

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA
Paciente estável, sem sintomas de angina ou infarto.

Boa Vista, de 13 de 04 de 20 Hora: 12

Assinatura em nome do MÉDICO ASSISTENTE: [Assinatura] CRM: 12345
Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Assinatura em nome do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para: HC () HLL () HMM () OUTRO
CRM: 12345

13 04 20
Q



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

1.4. _____ CPF nº _____
Sou informada que presente Termo de Consentimento Específico 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, diagnósticos, testes, qualis) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima.

1.5. Claro que:

1. Fui informada que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos os cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.

2. Fui informada que podem ocorrer eventual necessidade de transferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

3. Não estou ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estou sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

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

6. Estou ciente que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi apresentado e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer aspecto, parágrafo ou palavras e em as quais não concordasse

Boa Vista, _____ de _____ de 20__

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

CPF nº: _____

Grav de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Boa Vista, _____ de 20__ Hora: _____

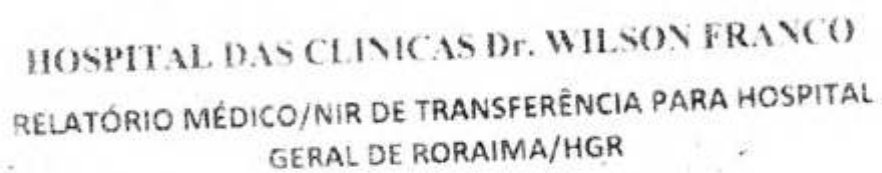
Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

13 04 20
11



DNI _____ Data _____
 KANIBAM _____
 I XAMES ADMISSONALS (DATA) _____ HB _____ HI _____ CT _____
 Letic _____ SGL _____ Placetas _____
 Na _____ Ca _____ Cl _____
 HCO _____ PH _____ Bt _____ PUP _____ ACC _____
 LAS _____
 ACHURASO _____

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA DATA _____

Nome _____ Se _____ e Placard _____

Idade _____ ACOP _____ Pte _____ BI _____

Prof _____ PO _____ PCO _____

Ass _____

Ass _____

ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS AGENDADOS

TERAPIA INSTITUIDA

FOLIOCLICINA

Mr. Viall de CS 29 Harris

As a result

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima HGR

429

13 04 20
S.



Hospital das Clínicas DR. Wilson Franco Rodrigues - HC

Agência acionada às: Recebi: Entregue por:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Solicitação incompleta, inadequada ou ilegível, não será aceita pelo serviço de Hemoterapia (Portaria Consolidada N° 05 de Setembro de 2017 Art. 168. (Origem: prt ms/gm Portaria MS nº158/2016))

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Unidade administrativa: HC Bloco: 10 Leito: 10
Nº do prontuário: 10557 SUS/Nº de Cartão: 3011371590009
Nome do Paciente: Lucas Mendes Pereira
Nome da Mãe: Silvana Maria P. Pereira
Endereço: R. ...
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 16/04/96 Idade: 24 Fone: N

DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

Diagnóstico: Leishmaniose Hemoglobina: 11,4 g/dl Plaquetas: 90 /mm³
Hematócrito: 37,6 % Peso: 68 kg
TRANSFUSÕES ANTERIORES: ☐ SIM ☒ NÃO
Data da última transfusão: 10/05/20
Onde: HC
Reação Transfusional: ☐ SIM ☒ NÃO
Qual tipo: N
Sintomas: ☐ Não ☒ Sim
Tumor da Enagulação: ☐ Não ☒ Sim
Sangramento Ativo: ☐ Não ☒ Sim
História Gestacional: ☐ Não ☒ Sim

HEMOCOMPONENTES / HEMODERIVADOS SOLICITADOS

Tipo de solicitação	Descrição	Quantidade
☐ Urgência, a ser realizada dentro de 3 horas	Concentrado de Hemácias (± 250 ml/unidade)	<u>02</u>
☐ Rotina, a realizar dentro de 24 horas	Plasma Fresco Congelado (± 200 ml/unidade)	
☒ Programada, para procedimento eletivo com possível transfusão em <u>até 10 dias</u> a <u>24 horas</u>	Concentrado de Hemácias Filtradas (± 250 ml/unidade)	
	Concentrado de Plaquetas (± 70 ml/unidade)	
☐ Emergência / Extrema Urgência, quando o atraso da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente.	Concentrado de Plaquetas por Aférese (± 200 ml/unidade)	
	Fator de Coagulação (FV)	

Preencher Termo de Responsabilidade, Conforme Portaria Consolidada nº 05/2017 anexo LXVI.

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

Eu, Dr(a) Lucas Mendes Pereira, CRM 10557 afirmo estar ciente que a transfusão ocorrerá antes da conclusão dos testes pré-transfusionais (determinação ABO/RhD do receptor, pesquisa de anticorpos irregulares e prova de compatibilidade). O quadro clínico justifica a emergência e o retardo no início da transfusão pode colocar em risco a vida do paciente. Autorizo a transfusão de emergência e me responsabilizo pelas consequências da mesma.

- ☒ Utilizar a prescrição médica do produto no prontuário do paciente
- ☒ Avisar 20 minutos antes da utilização do Plasma Fresco Congelado para seu descongelamento
- ☒ Registrar o registro da enfermagem no prontuário do paciente da bolsa transfundida e sinais vitais do paciente antes, durante e no final do procedimento
- ☒ Em caso de reação transfusional: ENVIAR IMEDIATAMENTE ficha de notificação (OI) para a sala com equipe e avisar a equipe de transfusão para análise laboratorial. Registrar no prontuário o fato clínico.

ENVIAR IMEDIATAMENTE
Todos os dados de responsabilidade
deverão ser preenchidos e assinados

Data: 10/05/20 Hora: 13:30 Data: 10/05/20 Hora: 13:30 OBSERVAÇÃO

Med. solicitante: assinatura e carimbo

Responsável pela coleta

Hospital das Clínicas DR. Wilson Franco Rodrigues - HC
Av. Nogueira Faria, nº 210 - bairro N. São Helena
CEP: 40140-000 - Belo Horizonte - Minas Gerais
Fone: (31) 4441-1111

13 04 20

3rd - Weidner

de Litteris

conuige

no aduonon

ISE

Auto

anterior

3rd - Weidner

de Litteris

conuige

no aduonon

ISE

Auto

13 CH 20

9



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

AVISO DE ALTA

Serviço de Enfermagem			
Nome do Paciente			
Diagnóstico	Leito	Especialidade	Is horas, com
Alta Assinada por		Podrá sair	De ambulância?
Data e hora			

Boa Vista - RR, ____ de ____ de ____

Assinatura do Enfermeiro (a)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

AVISO DE ALTA

Serviço de Enfermagem			
Nome do Paciente			
Diagnóstico	Leito	Especialidade	Is horas, com
Alta Assinada por		Podrá sair	De ambulância?
Data e hora			

Boa Vista - RR, ____ de ____ de ____

Assinatura do Enfermeiro (a)

13 04 90
(S)



Paciente: **Julio Menezes Palacio**

Sexo: Masculino

Nasc: 18/02/1996

Idade: 24 ANOS

Solicitação: 70015081

Numero Interno:

Solicitante: THAIS A. DALLAGASSA CRM RR 1604

Origem: HC

Sector: BI 0003D

Leito: 326

Data de Emissão: 01/03/2020 13:02

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 7001508101

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Metodologia: MP1 - Enzimática Colorimétrica (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

106,27 mg/dL

Referência

80,0 - 99,0 mg/dL

R.R.

Rejane Ramos da Silva
Farmacêutica Responsável
CRF/RJ 444

Endereço: Rua do Carmo, 150 - Maracanã - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20240-020
Telefone: (21) 2512-1111 - Fax: (21) 2512-1112

Atendimento 24h

Atendimento 24h
Telefone: (21) 2512-1111

13 04 20
9



Paciente: Julio Menezes Palacio	Sexo: Masculino	Nasc: 16/02/1996	Idade: 24 ANOS
Solicitacao: TCM/2025	Numero Interno:	Solicitante:	
Origem: HC	Setor: BLOCO 30	Leito: 329	
Data de Emissao: 16/02/2025 09:43	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: TCM/2025/901

COAGULOGRAMA COMPLETO

Metodo: PLASMA

Metodologia: M30 - Automated Chemistry Plus

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado
11.31 seg

Referencia
9.4 - 14.6 seg

RNI

1.00

0.6 - 1.2

TEMPO DE THROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

34.03 seg

25.0 - 39.0 seg

RATIO

-

0.6 - 1.25

ATIVIDADE DE PROTROMBINA

94 %

70.0 - 100.0 %

Notas:

1. O laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios de coagulação e em caso de erro não pode garantir a etapa de análise.

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

RJR

Regina Ramos da Silva
Farmaceutica Responsavel
CRF-RR 444

13 04 20
9



Paciente: **Julio Menezes Palacio** Sexo: **Masculino** Nasco: **16/02/1998** Idade: **24 ANOS**
Solicitação: **70017085** Número Interno: Solicitante:
Origem: **140** Setor: **BLOCO 35** Leito: **328**
Data de Emissão: **04/03/2020 10:35** Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: **7001708501**

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: **SANGUE TOTAL**

Metodologia: **MD8 - Automatação (bc-5080)**

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	$3,57 \times 10^9/\mu\text{L}$	$4,0 - 10,0 \times 10^9/\mu\text{L}$
NEÚTRÓFILOS	82,20 %	50,0 - 70,0 %
LINFÓCITOS	32,30 %	20,0 - 40,0 %
MONÓCITOS	2,20 %	3,0 - 12,0 %
EOSINÓFILOS	2,20 %	0,5 - 5,0 %
PLAQUETAS	1,10 %	0,0 - 1,0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	$4,21 \times 10^6/\mu\text{L}$	$4,32 - 5,52 \times 10^6/\mu\text{L}$
HÉMOGLOBINA	11,40 g/dL	13,5 - 18,0 g/dL
HEMATÓCRITO	35,20 %	40,0 - 50,0 %
MCV	83,70 $\mu\text{g/L}$	87,0 - 103,0 $\mu\text{g/L}$
MCH	27,10 pg	27,0 - 34,0 pg
CHCM	32,40 g/dL	32,0 - 37,0 g/dL
RDW CV	12,90 %	11,0 - 16,0 %
RDW SD	45,40 fL	35,0 - 56,0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	$301,00 \times 10^9/\mu\text{L}$	$150,0 - 400,0 \times 10^9/\mu\text{L}$
VPM	8,80 fL	8,5 - 12,0 fL
ADP	16,40	2,0 - 17,0
PCT	0,265 %	1,08 - 2,62 %

[Assinatura]
Dr. Aurélio Carneiro de Penna
Farmacêutico Bioquímico - Esp.
ORFARM 068

13 04 20
9



HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO

RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 01/04/90
PACIENTE: Jairo Mendes Pimenta
DIAGNÓSTICO(S): fr. febre (C)

IdH: _____
KABAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADICIONAIS (DATA: _____) Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
CULTURAS: _____

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

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

TERAPIA INSTITUÍDA: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA:
Transferido ao HGR H
procedimento cirúrgico
02/04/90

Boa Vista, 01 de 04 de 2010, 1 hora:

Assinatura carimbo do Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

CRM

Dr. Ligia Almeida
Clínico Geral
CRM 1517

13 04 90

S

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Nome: Isabel Pereira Gomes Sexo: F Idade: 35 Anos
 Data de nascimento: 15/05/1954

Serviço: LESIONES
 Data de admissão: 09/06/1981

Motivo de internação: Lesão por pressão
 Diagnóstico: Lesão por pressão

História da doença atual: Lesão por pressão na região da coxa esquerda, há 15 dias.
Relato da evolução: A lesão evoluiu para o estágio III, com formação de escara.

Exatidão da história: Verdadeira
 Data de elaboração: 09/06/81

Nome do enfermeiro: Isabel Pereira Gomes
 Assinatura: [Assinatura]

Nome do médico: [Assinatura]
 Assinatura: [Assinatura]

Nome do enfermeiro: [Assinatura]
 Assinatura: [Assinatura]

Nome do enfermeiro: [Assinatura]
 Assinatura: [Assinatura]

Nome do enfermeiro: [Assinatura]
 Assinatura: [Assinatura]

Nome do enfermeiro: [Assinatura]
 Assinatura: [Assinatura]

Nome do enfermeiro: [Assinatura]
 Assinatura: [Assinatura]

Nome do enfermeiro: [Assinatura]
 Assinatura: [Assinatura]

Nome do enfermeiro: [Assinatura]
 Assinatura: [Assinatura]

SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLINICAS					
SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO	FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	1/4/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 VMMHG				SN
9	SS/VV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10 22
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 1X/DIA ALTERNADOS				12 22
13	CURATIVO DIARIO				ROTINA
14	ao HGR				
15					
16					
17					
19					
20					
21. DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250 200 250 300 350 400 450 500 550 600 650 700 750 800 850 900 950 1000 22. Glicose 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA					
procedimento agendado para - transferir ao hgr				DR MARCUS BRUNNER CRM 1917	
				DR MARCELO MARQUES	
				DR LEONARDO RABELO CRM 1715	
SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP		
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

13 04 20
S.

Na 8. manhã, paciente acordou a pedido
 e foi para o banheiro. Foi observado
 que o paciente não estava com
 febre, nem com sinais de desidratação.
 Foi observado que o paciente estava
 bem alimentado e hidratado.

Paciente recebeu 1 litro de soro
 fisiológico e 1 litro de leite.
 Foi observado que o paciente
 estava bem alimentado e hidratado.

Tratado com Soro
 Fisiológico
 03/04/2000

Assinatura do Técnico em Enfermagem: _____

Assinatura do Médico: _____

13 04 00
 3)

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO	FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	31/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN 12:30
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10:22
11	NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				12:30
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): C- INF 0,1 ML E 50UI MA 200-250 UI 261-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 401-450 10 UI 451-500 12 UI 501-550 14 UI 551-600 16 UI 601-650 18 UI 651-700 20 UI 701-750 22 UI 751-800 24 UI 801-850 26 UI 851-900 28 UI 901-950 30 UI 951-1000 32 UI 1001-1100 36 UI 1101-1200 40 UI 1201-1300 44 UI 1301-1400 48 UI 1401-1500 52 UI 1501-1600 56 UI 1601-1700 60 UI 1701-1800 64 UI 1801-1900 68 UI 1901-2000 72 UI GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
AGENDADO PARA 02:04M				DR MARCUS BRUNNER CRM 1917	
				DR MARCELO MARQUES	
				DR LEONARDO RABELO CRM 1715	
SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP		
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
Cledivanê Silva Faria TCC 2-1-2020 CORE-PT-2020-000002					

13 04 20
3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	31/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN 12h
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				20:22
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				11/03
13	CURATIVO DIARIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME LUGUEMA: 200-250 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, > 400 10 UI L OU GLICOSE > 70 DL/ML. SACODE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
AGENDADO PARA 02/04M				DR MARCUS BRUNNER CRM 1917	
				DR MARCELO MARQUES	
				DR LEONARDO RABELO CRM 1715	
SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP		
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
Cleonilda S. A. Costa TAC 01 DCM 01/03/2020					

13 04 20
57

Nome: <u>Julia Mendes</u>		Localização / Região		Localização / Região	
DATA: <u>12/07/20</u>				DATA:	
☐ GRAU - I				☐ GRAU - I	
☐ GRAU - II				☐ GRAU - II	
Etiologia:	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ oncoses ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra _____		☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ oncoses ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra _____		
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com escarro ☐ Tecido necrótico		☐ Tecido de granulação ☐ com escarro ☐ Tecido necrótico		
Quantidade de Exsudato:	☐ seco, mínimo ☐ umido, pouco ☐ umido, moderado ☐ molhado, abundante		☐ seco, mínimo ☐ umido, pouco ☐ umido, moderado ☐ molhado, abundante		
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo		
Dor:	☐ Sim _____ ☐ Não		☐ Sim _____ ☐ Não		
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ na base do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor		☐ evidente na remoção da cobertura ☐ na base do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor		
Condição da pele Periférica:	☐ Normal ☐ Moderada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Frio ☐ Quente		☐ Normal ☐ Moderada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Frio ☐ Quente		
Solução para limpeza:	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro _____		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro _____		
Cobertura primária (Contato direto na lesão):	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro _____		☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro _____		
Horário do curativo:	☐ Manhã ☐ Tarde		☐ Manhã ☐ Tarde		
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>13/07/20</u>		<u>13/07/20</u>		
Carimbo e ass. _____ em Enfermagem	<u>01</u>		<u>01</u>		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro					
OBS:			OBS:		

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: **JULIO MENEZES PALACIO**

DIAGNÓSTICO: **FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO**

ALERGIAS: NEGA HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: _____ LLITO: **328** DATA: **30/3/2020**

TEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA	6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H	18:22
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS	06/05 14:14
13	CURATIVO DIÁRIO	ROTINA
14		
15		
16		
17		
18		
20		
21	DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)	
22	CONFORME ESQUEMA: 250-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI > 400 10 UI E OU GLICOSE > 70 DI/ML	
23	CODE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

AGENDADO PARA 02:04M

DR MARCUS BRÜNNER
CRM 1927

DR MARCELO
MARQUES

DR LEONARDO RABELO
CRM 1715

SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP	DI	DI
5 H					
12 H	95				
18 H	112				
24 H					

Francine Siqueira S.
Téc. de Enfermagem
CRP 10.488.000-2

13 04 20

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	29/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				18:22
11	NORIPURUM 1AMP - SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				16
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONI OME FSGULMA 200 250 300 350 400 450 500 550 600 650 700 750 800 850 900 950 1000 GUI 351-400 8UI. ≥ 400 10 UI F OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
AGENDADO PARA 02:04M				DR MARCUS BRUNNER CRM 1927	
				DR MARCELO VARQUES	
				DR LEONARDO RABELO CRM 2715	
SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP		
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

13 04 20
57.



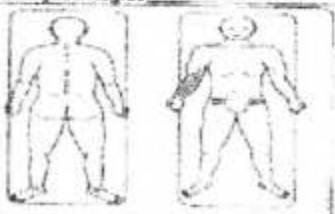
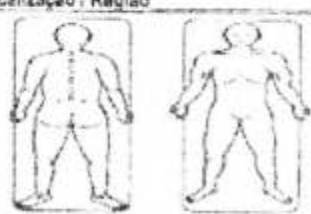
Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 2-28

Nome: <u>WILSON DA SILVA FERNANDES</u>			
DATA: _____	Localização / Região 	DATA: _____	Localização / Região 
☐ GRAU - I		☐ GRAU - I	
☐ GRAU - II		☐ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão ☐ I - ☐ II - ☐ III - ☐ IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabetes ☐ Neuropatia ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra _____	☐ Pressão ☐ I - ☐ II - ☐ III - ☐ IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabetes ☐ Neuropatia ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com escarcas ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com escarcas ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ umido, pouco ☐ umido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ umido, pouco ☐ umido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo	
Cor	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Periférica:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema ☐ Rulor ☐ Prurido ☐ Outras _____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema ☐ Rulor ☐ Prurido ☐ Outras _____	
Solução para limpeza	☐ Solu. Fisiológica 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outra _____	☐ Solu. Fisiológica 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outra _____	
Cobertura primária	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colágeno ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outros _____	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colágeno ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outros _____	
Contato direto na lesão			
Hora do curativo:	☐ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca:			
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- <u>[Assinatura]</u>	02- _____	03- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS.	OBS.		

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

13 04 30
S.

SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLINICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNOSTICO	FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	27/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU O1 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	EISSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10 22
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				SUSPENSO
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIARIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250 7H 250-300 8H 300-350 9H 350-400 8H > 400 10 H E OU GLICOSE > 70 DL/Ml GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA.

AGUARDADO PARA 02/04M

DR MARCOS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO
MARQUES

DR LEONARCO RABELO
CRM 1715

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

13 04 30
S.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MAHIA	DATA / HORA	MAHIA	DATA / HORA
Atenção: Este paciente, GORDON, THOMAS, de 55 anos, com diagnóstico de hipertensão e diabetes, apresenta sinais de desidratação e alteração de consciência. O paciente está em estado de choque e necessita de suporte vital imediato. ① - 10/01/2010 - 14h00	ASS. F. CARVALHO / ENFERMEIRO	Atenção: Paciente em estado de choque e alteração de consciência. Necessita de suporte vital imediato. 10/01/2010 - 14h00	ASS. F. CARVALHO / ENFERMEIRO
TARDE DATA / HORA	TARDE DATA / HORA	TARDE DATA / HORA	TARDE DATA / HORA
NOTA DATA / HORA	NOTA DATA / HORA	NOTA DATA / HORA	NOTA DATA / HORA

13 04 2010

59.

[illegible]

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO			DIH	DN	
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		328	DATA	25/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG				SL
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10 22
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				SUSPENSO
12	NORIPURUM 1AMP - SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				10
13	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA - Praxia
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21	DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)				
22	SUF CRME ESQUEMA 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350				
23	SUI 351-400 8UI 401-450 12UI 451-500 16UI 501-550 20UI 551-600 24UI 601-650 28UI 651-700 32UI 701-750 36UI 751-800 40UI 801-850 44UI 851-900 48UI 901-950 52UI 951-1000 56UI				
24	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA

AGENDADO PARA 02:04M

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO
MARQUES

DR LEONARDO RABELO
CRM 1715

Profa. Dra. Rosângela
Lima
CRM 21.102/1647

SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP
6 H			
12 H	112	18	36,5
18 H	112	18	36,5
24 H			

13 04 20
9



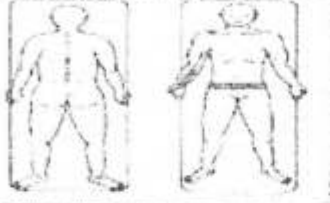
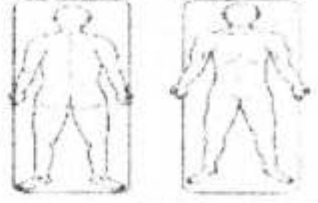
Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 - Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 328

Nome: <u>Valéria Wanderley Almeida</u>			
DATA: _____	Localização / Região 	DATA: _____	Localização / Região 
☐ GRAU - I		☐ GRAU - I	
☐ GRAU - II		☐ GRAU - II	
Etiologia	Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética neuropática cirúrgica Trauma outra	Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética neuropática cirúrgica Trauma outra	
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	☐ seco mínimo ☐ umido pouco ☐ umido moderado ☐ molhado abundante	☐ seco mínimo ☐ umido pouco ☐ umido moderado ☐ molhado abundante	
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo	
Dor	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perifoneal:	Normal Macerada Escorrida Eritema Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	Normal Macerada Escorrida Eritema Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	
Solução para limpeza	Soro fisiológico 0,9% Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro	Soro fisiológico 0,9% Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro	
Cobertura primária (contato direto na lesão)	Gaze Colapexase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro	Gaze Colapexase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro	
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	☒ Manhã ☐ Tarde	
Data da próxima troca: Em caso de 1 e de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- _____ 02- _____	01- _____ 02- _____	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS	OBS		

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

13 04 20
S

EVOLUÇÃO DO INTERVENIENT		NOTAS		ASS. F. C. INTERVENIENT	
DATA	HORA	DATA	HORA	DATA	HORA
13/04/20	10h	13/04/20	10h	13/04/20	10h
13/04/20	11h	13/04/20	11h	13/04/20	11h
13/04/20	12h	13/04/20	12h	13/04/20	12h
13/04/20	13h	13/04/20	13h	13/04/20	13h
13/04/20	14h	13/04/20	14h	13/04/20	14h
13/04/20	15h	13/04/20	15h	13/04/20	15h
13/04/20	16h	13/04/20	16h	13/04/20	16h
13/04/20	17h	13/04/20	17h	13/04/20	17h
13/04/20	18h	13/04/20	18h	13/04/20	18h
13/04/20	19h	13/04/20	19h	13/04/20	19h
13/04/20	20h	13/04/20	20h	13/04/20	20h
13/04/20	21h	13/04/20	21h	13/04/20	21h
13/04/20	22h	13/04/20	22h	13/04/20	22h
13/04/20	23h	13/04/20	23h	13/04/20	23h
13/04/20	24h	13/04/20	24h	13/04/20	24h
13/04/20	25h	13/04/20	25h	13/04/20	25h
13/04/20	26h	13/04/20	26h	13/04/20	26h
13/04/20	27h	13/04/20	27h	13/04/20	27h
13/04/20	28h	13/04/20	28h	13/04/20	28h
13/04/20	29h	13/04/20	29h	13/04/20	29h
13/04/20	30h	13/04/20	30h	13/04/20	30h

13 04 20

9

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO: FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	25/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10 22
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				SUSPENSO
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				10 22
13	CURATIVO DIARIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (RC) CONFORME ESQUEMA: 200-250 200 250 300 400 400 350 300 250 200 150 100 50 40 30 20 10 5 0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 105 110 115 120 125 130 135 140 145 150 155 160 165 170 175 180 185 190 195 200 205 210 215 220 225 230 235 240 245 250 255 260 265 270 275 280 285 290 295 300 305 310 315 320 325 330 335 340 345 350 355 360 365 370 375 380 385 390 395 400 405 410 415 420 425 430 435 440 445 450 455 460 465 470 475 480 485 490 495 500 505 510 515 520 525 530 535 540 545 550 555 560 565 570 575 580 585 590 595 600 605 610 615 620 625 630 635 640 645 650 655 660 665 670 675 680 685 690 695 700 705 710 715 720 725 730 735 740 745 750 755 760 765 770 775 780 785 790 795 800 805 810 815 820 825 830 835 840 845 850 855 860 865 870 875 880 885 890 895 900 905 910 915 920 925 930 935 940 945 950 955 960 965 970 975 980 985 990 995 1000					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO
MARQUES

DR LEONARDO RABELO
CRM 1715

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

13 04 2020
S

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO		FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	24/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				MANTER
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10 22
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				SUSPENSO
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0.9% 1COML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIARIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21	SE DIABÉTICO CORRELAÇÃO 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 OL/ML GLICOSE > 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
22					
23					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO
MARQUES

DR LEONARDO RABELO
CRM 1715

SINAIS V.	PA	FC	FR	TEMP	DE
0H	120/80	105		36.5	
12H	120/80	105		36.5	
18H	120/80	105		36.5	
24H	120/80	105		36.5	

Exp. 04/03/2020
Assinatura: [Assinatura]
CRM 1917

13 04 20
①



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 - Versão 06
Atualizada: Janeiro - 2015

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

ENF/LEITO: 326

Nome:

Spécio Mariana Pereira

DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
GRAU - I		GRAU - I	
GRAU - II		GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão ☐ I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabetes ☐ Neoplásico ☐ Químico ☐ Trauma ☐ Queimadura	Etiologia	☐ Pressão ☐ I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabetes ☐ Neoplásico ☐ Químico ☐ Trauma ☐ Queimadura
Tamanho da Ferida	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Tamanho da Ferida	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito	☐ Todo de granulação ☐ com escara ☐ Todo necrótico	Aparência do Leito	☐ Todo de granulação ☐ com escara ☐ Todo necrótico
Quantidade de Exsudato	☐ seco mínimo ☐ umido pouco ☐ umido moderado ☐ moderado abundante	Quantidade de Exsudato	☐ seco mínimo ☐ umido pouco ☐ umido moderado ☐ moderado abundante
Tipo de exsudato	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	Tipo de exsudato	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo
Dor	☐ Sim ☐ Não	Dor	☐ Sim ☐ Não
Odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ odores de leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	Odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ odores de leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor
Condição da pele Periférica	☐ Normal ☐ Vasculada ☐ seca ☐ Eritema ☐ Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	Condição da pele Periférica	☐ Normal ☐ Vasculada ☐ seca ☐ Eritema ☐ Rubor ☐ Prurido ☐ Outras
Solução para limpeza	☐ Solução fisiológica 0,9% ☐ Clorexidina 0,05% ☐ Clorexidina 4%	Solução para limpeza	☐ Solução fisiológica 0,9% ☐ Clorexidina 0,05% ☐ Clorexidina 4%
Cobertura primária	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE	Cobertura primária	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE
Contato direto na lesão	☐ Colágeno ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outros	Contato direto na lesão	☐ Colágeno ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outros
Hora do curativo:	☐ Manhã ☐ Tarde	Hora do curativo:	☐ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca:		Data da Próxima troca:	
Em caso de + de 24hs		Em caso de + de 24hs	
Carimbo e Assinatura		Carimbo e Assinatura	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
Carimbo e Assinatura do Médico		Carimbo e Assinatura do Médico	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Caringa, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser avaliadas separadamente.

13 04 20

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ASSOCIAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE
ASS. E. CARPENTIERE E. M. R. S. (001) DATA / / HORA		ASS. E. CARPENTIERE E. M. R. S. (001) DATA / / HORA	
NOTA DATA / / HORA		NOTA DATA / / HORA	

13 CH 20

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	20/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAŞ> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10, 22
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				SUSPENSO
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIARIO				ROTINA
14					
15					
16	TRANSFERIR AO HGR HOJE				
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). COM OME ESQUEMA: 200-750: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, > 400: 10 UI E OU GLICOSE > 76 U/ML, GLICOSE > 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR
EXTERNO DE BACIA,
AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA SINTESE
DE DEMAIS FRATURAS, AGENDADO PARA 19/03
PRE OP OK

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO
MARQUES

DR LEONARDO RABELO
CRM 1715

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

13 04 20
9

13 04 20



BOLETIM OPERATÓRIO

Julho 2011

1753201 OS

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: *F. Acetabular D + Fx Femur D + F. Clavicular*

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: *F. Acetabular*

TIPO DE INTERVENÇÃO: *RMFS Femur D + Osteossintese acetabular*

INDICAÇÕES E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO:

CIRURGIÃO: *Dr. O. E. ...* 1º AUXILIAR: *Dr. J. ...*

2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. *RMFS Femur D*
2. *RMFS Femur D*
3. *RMFS Femur D*
4. *RMFS Femur D*
5. *RMFS Femur D*
6. *RMFS Femur D*
7. *RMFS Femur D*
8. *RMFS Femur D*
9. *RMFS Femur D*
10. *RMFS Femur D*

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RS 499

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		328	DATA	19/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10/22
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				SUSPENSO
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				19/03
13	CURATIVO DIARIO				ROTINA
14					
15					
16	TRANSFERIR AO HGR HOJE				
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (50), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
21					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente com procedimento agendado para hoje
19/03 a tarde, TRANSFERIR ao HGR

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO
MARQUES

DR LEONARDO RABELO
CRM 1715

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

Clotônia Sines Costa
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 097.155-7E

CORRE

13 04 20

Ass:

9



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

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

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Nome:		Localização / Região		Localização / Região	
DATA:				DATA:	
GRAU - I				GRAU - I	
GRAU - II				GRAU - II	
História	Pressão: I - II - IV / Varicela / Arterial / Diabética / Neuropatia / Quimica / Trauma / Outra		Pressão: I - II - IV / Varicela / Arterial / Diabética / Neuropatia / Quimica / Trauma / Outra		
Tamanho da Ferida	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		
Aparência do Leito	Tipo do degranulação: ☐ sem esfarear ☐ com esfarear		Tipo do degranulação: ☐ sem esfarear ☐ com esfarear		
Quantidade de Exsudato	☐ seco mínimo ☐ muito pouco ☐ umido moderado ☐ molhado abundante		☐ seco mínimo ☐ muito pouco ☐ umido moderado ☐ molhado abundante		
Tipo de exsudato	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo		
Dor	☐ Sim ☐ Não		☐ Sim ☐ Não		
Odor	☐ Há odor na remoção da cobertura ☐ Há odor e no exudato ao redor no quarto ☐ Sem odor		☐ Há odor na remoção da cobertura ☐ Há odor e no exudato ao redor no quarto ☐ Sem odor		
Condição da pele Periférica	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outros		☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outros		
Solução para limpeza	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outra		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outra		
Cobertura primária	☐ Gaze ☐ Colágeno ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ ATB ☐ Outra		☐ Gaze ☐ Colágeno ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ ATB ☐ Outra		
Costura direta na ferida	☐ Sim ☐ Não		☐ Sim ☐ Não		
Itens do curativo	☐ Manta ☐ Gaze		☐ Manta ☐ Gaze		
Data da Próxima troca					
Em caso de + de 24hs					
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24		☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24		
OBS:					

40 - documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CovaTec, Solutions Programs.
41 - pacientes com 07 ou mais feridas, estas devem ser evoluídas separadamente

13 04 30
(S)

AVULSO DO ENFERMEIRO

DATA / / HORA

MANHÃ

AVULSO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

DATA / / HORA

MANHÃ

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO DATA / / HORA	ASS. E CARIMBO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM DATA / / HORA
NOTA	NOTA

13 04 30

9

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNOSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	18/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	D PIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG - SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10-22
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				SUSPENSO
12	NORIPURUM 1AMP + SF0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
14					
15					
16	TRANSFERIR AO HGR HOJE				
17					
18					
19					
20					
SI DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) COM ORME ESQUEMA: 200-250; 2UI; 251-300; 4UI; 301-350; 6UI; 351-400; 8UI; > 400; 10 UI E OU GLICOSE < 70 DI/ML GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR			DR MARCUS BRUNNER		
EXTERNO DE BACIA,			CRM 1917		
AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SINTESE DE			DR MARCELO MARQUES		
DEMAIS FRATURAS, AGENDADO PARA 19/03			CRM 1918		
PRE OP OK			DR LEONARDO RABELO		
			CRM 1715		
SINAIS VIT PA	FC	FR	TEMP	D/E	Franciene Sales de Sá T60 - 06/03/2020 14:00h
6 H					
12 H	112	87	36,5	1/2	
18 H					
24 H					

13 04 20

ESCOLA DO ENFERMEIRO

DATA 27/01/2012

ASSISTENTE

ACAO DO TECNICO EM ENFERMAGEM

DATA 27/01/2012

ASSISTENTE ENFERMEIRO DATA 27/01/2012	ASSISTENTE ENFERMEIRO DATA 27/01/2012
ASSISTENTE ENFERMEIRO DATA 27/01/2012	ASSISTENTE ENFERMEIRO DATA 27/01/2012
ASSISTENTE ENFERMEIRO DATA 27/01/2012	ASSISTENTE ENFERMEIRO DATA 27/01/2012

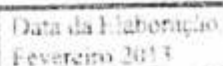
13 04 20

322

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNOSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTE				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	17/3/2020
ILV	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSIV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				20 22
11	CELEXANE 40 MG SC 1X DIA				26
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				18
13	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE HÁBIL TRATAR COM INJEÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) 0500 0400 0800 1200 1600 2000 2400 2800 3200 3600 4000 4400 4800 5200 5600 6000 6400 6800 7200 7600 8000 8400 8800 9200 9600 10000 0500 0400 0800 1200 1600 2000 2400 2800 3200 3600 4000 4400 4800 5200 5600 6000 6400 6800 7200 7600 8000 8400 8800 9200 9600 10000 0500 0400 0800 1200 1600 2000 2400 2800 3200 3600 4000 4400 4800 5200 5600 6000 6400 6800 7200 7600 8000 8400 8800 9200 9600 10000					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR			DR MARCUS BRUNNER		
EXT. LNO DE BACIA.			CRM 1917		
AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA SINTESE DE			DR MARCELO MARQUES		
DENT. IS FRATURAS. AGENDADO PARA 19/03			CRM 1918		
PRÓ. OP. OK			DR LEONARDO RABELO		
			CRM 1715		
SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP	D + G	
0 H					
12 H	75	20	36.5	1	
18 H	85	20	36.5	1	
24 H					

folha 2020

13 04 20



20 40 60

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME

DATA

SEXO

IDADE

PESO

KG

LEITO

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SITE	DATA	PROVA
CATETER PERIFÉRICO	SITE	DATA	PROVA

DESCRIÇÃO DE LESÕES

1. FERIDA DE 2 CM DE DIÂMETRO, LOCALIZADA NA REGIÃO DE OMBILIGO, COM FUNDOS VERMELHOS E MARGENS REGULARES. NÃO HÁ EXUDADO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

CABEÇA PESCOLO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: EM VIGILÂNCIA. ORIENTADO PARA SI MESMO, PARA O LOCAL E PARA O TEMPO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

ACUIDADE VISUAL: BOA. ACUIDADE AUDITIVA: BOA. ACUIDADE TÁTIL: BOA. ACUIDADE GUSTATIVA: BOA. ACUIDADE OLFATIVA: BOA. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

ORELHAS

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

OTITE EXTERNA: NÃO. OTITE MÉDIA: NÃO. OTITE INTERNA: NÃO. (GRAU I) (GRAU II) (GRAU III)

SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
HOSPITAL DAS CLINICAS
SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MEDICA

328

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNOSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTEBRA				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	16/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIFTA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIN 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	C-PROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				18:22
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				18
12	NORIPURUM 1AMP - SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				2x
13	CURATIVO DIARIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
CONFORME ESQUEMA: 200 250 300 350 400 450 500 550
600 650 700 750 800 850 900 950 1000 1050 1100 1150 1200
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MEDICA:

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO DE BACIA.

AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA SINTESE DE DEMAIS FRATURAS, AGENDADO PARA 19/03

PRE OP OR

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

DR LEONARDO RABELO
CRM 1715

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	O2	
6 H						
12 H	140/90	72	20	36,3	4	2
18 H	140/90	80		36,3	4	2
24 H						

13 04 30
S.



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

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

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Nome: <u>Julio Manoel Polucio</u>					
DATA:	Localização / Região		DATA:	Localização / Região	
☐ GRAU - I			☐ GRAU - I		
☐ GRAU - II			☐ GRAU - II		
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Varicela ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra		☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Varicela ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra		
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com escudo ☐ Tecido necrótico		☐ Tecido de granulação ☐ com escudo ☐ Tecido necrótico		
Quantidade de Exsudato	☐ seco: mínimo ☐ úmido: pouco ☐ úmido: moderado ☐ molhado: abundante		☐ seco: mínimo ☐ úmido: pouco ☐ úmido: moderado ☐ molhado: abundante		
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo		
Dor:	☐ Sim ☐ Não		☐ Sim ☐ Não		
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor		☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor		
Condição da pele Periférica:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Entemia / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras		☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Entemia / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras		
Solução para limpeza	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro		
Cobertura primária	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro		☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro		
Contato direto na lesão					
Hora do curativo	☐ Manhã ☐ Tarde		☐ Manhã ☐ Tarde		
Data da Próxima troca					
Em caso de + de 24hs					
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	01-		02-		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro					
Obs:					
Obs:					

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

13 04 2015
57

CONVOCACAO DE EXAME		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM FERRAGEM	
NOME	DATA / /	NOME	DATA / /
ASS. E. CARP. 2º. ENFERM. 307 DATA: 1 / 1 / 1986		ASS. E. CARP. 30. TÉCNICO EM FERRAGEM DATA: 1 / 1 / 1986	
NOTA: ASS. E. CARP. 2º. ENFERM. 307		NOTA: ASS. E. CARP. 30. TÉCNICO EM FERRAGEM	
DATA: 1 / 1 / 1986		DATA: 1 / 1 / 1986	

13 04 20

S.

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTE				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	15/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 F/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 5/5 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10:22
11	CLIFXANF 40 MG SC 1X DIA				16
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SF DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
 CONFORME ESQUEMA: 200 250 200 250 300 400 300 150
 600 350 400 800 ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML
 GLICEMIA 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR
 EXTERNO DE BACIA.

DR MARCUS BRUNNER
 CRM 1917

AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SÍNTESE
 DE DEMAIS FRATURAS, AGENDADO PARA 19/03
 PRE OP OK

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

DR LEONARDO RABELO
 CRM 1715

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6H					
12H	120/80	72	18	36.5	++
18H	110/70	72	18	36.5	++
24H					

13 04 20
 S.

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLINICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNOSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTE				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	15/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% LV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 F/OL PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV - CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				18.22
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				16
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIARIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE > 70 DL/ML GLICEMIE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO DE BACIA.

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA SINTESE DE DEMAIS FRATURAS, AGENDADO PARA 19/03

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

PRE DP OK

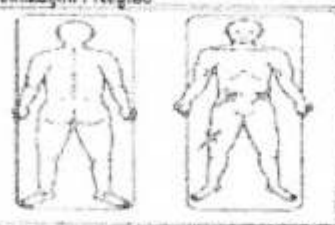
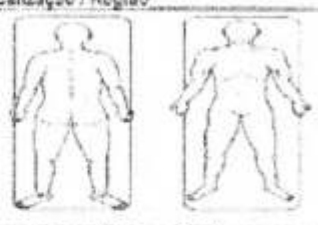
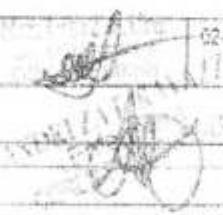
DR LEONARDO RABELO
CRM 1715

S. NAIS VITA PA	FC	FR	TEMP	
6h				
12h	102	16	36,1	+1
18h	97	15	36,4	+2
24h				

13 04 30
9

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

328

Nome: <u>Túlio Mendes Pinheiro</u>			
DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Varicela ☐ Artéria ☐ Diabética ☐ Isquêmica ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Varicela ☐ Artéria ☐ Diabética ☐ Isquêmica ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com escorço ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com escorço ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	
Dor:	☒ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a porta do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a porta do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perifoneal:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Entema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Entema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colágeno ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prato ☐ AGE ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Colágeno ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prato ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca			
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	01-  02-	01- 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

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

03 04 20
5

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLINICAS					
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	D-H		DN		
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNOSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTE				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	14/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 L/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGS 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				18-22
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIARIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
 CONFORME ESQUEMA: 200 250 300 350 400 450 500 550 600 650 700 750 800 850 900 950 1000
 500 150 400 300 200 100 01 F O/G Glicose > 70 U/L ML
 Glicose > 60% 10 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR
 EXTERNO DE BACIA.

AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SINTESE
 DE DEMAIS FRATURAS, AGENDADO PARA 19/03
 PR: OP OK

DR MARCUS BRUNNER
 CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

DR LEONARDO RABELO
 CRM 1715

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H						
12 H	110x70	87	-	36,2°C	+	12
18 H	120x70	90	-	36°C	+	12
24 H						

13 04 20
 9

MANHÃ

EVOLUÇÃO DO TUBERNO (ANO)

DATA 13/03/2025

MANHÃ

ANOTAÇÃO DO TUBERNO EM INFERNO

DATA 13/03/2025

Recebi saca de leite em pó
de 1kg e 1kg de leite
condensado. Também recebi
leite em pó e leite
condensado.

Procedimento de
Lactação

TARDE

DATA

HORAS

ASS. E CARTEIRO EM INFERNO

TARDE

DATA

HORAS

ASS. E CARTEIRO EM INFERNO

NOITE

DATA

HORAS

ASS. E CARTEIRO EM INFERNO

NOITE

DATA

HORAS

ASS. E CARTEIRO EM INFERNO

Procedimento de
Lactação

ASS. E CARTEIRO EM INFERNO

ASS. E CARTEIRO EM INFERNO

13 04 20

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNOSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTE				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
QADP		LEITO	328	DATA	13/3/2020
TFM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				E
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV - CLEGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				16 22
11	C. EXANEL 40 MG SC 1X DIA				16
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				16 22
13	CURATIVO DIARIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
CONFORME ESQUEMA: 200-250 200 250 300 400 300 250
600 350 400 800 > 400 10 UI L OU GLICOSE > 20 GL/ML
GLUCOSE 60% 10 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR
EXTERNO DE BACIA,
AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SÍNTESE
DE DEMAIS FRATURAS, AGENDADO PARA 19/03
PIL OP DA

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

DR LEONARDO RABELO
CRM 1715

Procedimento Cirúrgico
Elaborado
COHEN-RR 356.27.101w

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
08H					
12H					
16H					
20H					

13 04 20
9

AVANÇADA

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA 22/03/2008

AVANÇADA

NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA 22/03/2008

paciente segue em leito, após 24h
de internação, apresenta melhora
em sua condição clínica, referindo
que a dor diminuiu.

Assinado por:
Enfermeiro

TARDE

DATA

HORA

ASS. ESCRITÓRIO 21/03/2008

TARDE

DATA

HORA

ASS. ESCRITÓRIO 21/03/2008

Paciente apresenta melhora em sua
condição clínica, referindo que
a dor diminuiu.

Assinado por:
Téc. Enfermagem

NOTA

DATA

HORA

ASS. ESCRITÓRIO 21/03/2008

NOTA

DATA

HORA

ASS. ESCRITÓRIO 21/03/2008

ASS. ESCRITÓRIO 21/03/2008

ASS. ESCRITÓRIO 21/03/2008

Assinado por:
Téc. Enfermagem

13 04 20

SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLINICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNOSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTE				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	12/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6h
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 F/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV - CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				18h 22
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				16h
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				20h 16
13	CURATIVO DIARIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CORREÇÃO: FOGUETIM 200-250 250 251-300 400 301-350 60U 351-400 80U 401 10 U/L OU GLICOSE > 70 DL/ML GLICEMIA 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

Francisco de Assis
 E-mail: fcoass@brs.gov.br
 Celular: 950.871.1549

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR
 EXTERNO DE BACIA.
 AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA SINTESE
 DE DEMAIS FRATURAS, AGENDADO PARA 19/03
 PRE OP OK

DR MARCUS BRUNNER
 CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

DR LLONARDO RABELO
 CRM 1715

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

B 04 30
 9



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 - Versão 006
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 108

Data da Elaboração:
Fevereiro 2015

Nome: <u>Francisco de Assis Ribeiro</u>	
Localização / Região	
DATA: <u>12/02/2015</u>	
☐ GRAU - I	☐ GRAU - I
☐ GRAU - II	☐ GRAU - II
Etiologia:	☐ Pressão ☐ I - II - III - IV ☐ Vênosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Vasopática ☐ Crônica ☐ Trauma ☐ Outra
Tamanho da Ferida:	Comprimento: <u>01</u> cm Largura: <u>01</u> cm Profundidade: <u>01</u> cm
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com exsudação ☐ Foco de necrose ☐ Escara
Quantidade de Exsudato:	☐ seco ☐ mínimo ☐ umido ☐ moderado ☐ abundante
Tipos de Exsudato:	☐ Seroso ☐ Hemático ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo
Dor:	☐ Sim ☐ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ sem odor
Condição da pele Periférica:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Entediada / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras
Solução para limpeza:	☐ água ☐ solução 0,5% ☐ Clorexidina 1% ☐ Outros
Cobertura primária (Contato direto da ferida):	☐ Adesivo ☐ Colaplast ☐ Hidrocolóide ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outros
Hora do curativo:	☐ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca:	☐ Manhã ☐ Tarde
Em caso de + de 24hs	☐ Sim ☐ Não
Carimbo e Ass. Tec. em Enfermagem	☐ Sim ☐ Não
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	☐ Sim ☐ Não
Obs:	Obs:

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

B CL AC
D

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO			DIH	DN	
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTEBRA				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		328	DATA	09/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				10h
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				10h
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				10h
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				5h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% LV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				5h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5h
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				5h
9	SSVV + ECGG 6/6 H				10h
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10h
11	CELEXANE 40 MG SC 1X DIA				10h
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				10h de 10h
13	CURATIVO DIÁRIO				Realizar
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
 CONDIÇÃO: FOGU MA 200-250 200 251 300 400 301-350
 600 351-400 800 2 400 10 UI F OU GLICOSE = 70 DUMI
 GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO
 DE BACIA. SOLICITO NOVOS EXAMES LABORATORIAIS
 GUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SINTESE DE
 DEMAIS FRATURAS

DR MARCUS BRUNNER
 CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

DR LEONARDO RABELO

SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP	
08H				
12H	106	—	37	37.6
18H	93	—	37.1	37.6
24H				

TFC
 em mãos

13 04 20
 9

[illegible][illegible]
$$\mathcal{L}(\mathcal{D}_k) = \mathcal{L}(\mathcal{D}_k^*) \cap \mathcal{L}(\mathcal{D}_k^{\dagger})$$

1865-1900

ANDERSON, J. L. 1993. The effects of habitat fragmentation on the ecology of *Myrica gale* ssp. *maritima* in coastal salt marshes. *Ecological Applications* 3:442-454.

[illegible]

ADP-ETC/ATPase = 2.04/1.00

Date _____ Month _____

[illegible][illegible]
$$-4\alpha_1\alpha_2\alpha_3 + 4\alpha_1\alpha_2\alpha_4 + 4\alpha_1\alpha_3\alpha_4 + 4\alpha_2\alpha_3\alpha_4$$

20 04 93



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

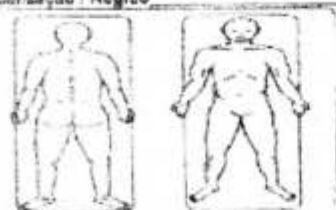
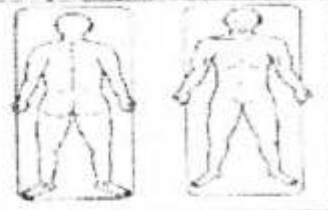
Protocolo nº 1 Versão:06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

Nome: _____

DATA: _____	Localização / Região	DATA: _____	Localização / Região
☐ GRAU - I ☐ GRAU - II		☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra _____	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra _____	
Tamanho da Ferida	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito	☐ Tecido de granulação ☐ com escabele ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com escabele ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ inchado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ inchado, abundante	
tipo de exsudato	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo	
Dor	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Periférica	☐ Normal ☐ Moderada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras _____	☐ Normal ☐ Moderada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras _____	
Solução para limpeza	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outros _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outros _____	
Cobertura primária (contato direto na lesão)	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outros _____	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outros _____	
hora do curativo	☐ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima FOSSE			
Em caso de + de 24hs	01- _____ 02- _____	01- _____ 02- _____	
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	01- _____ 02- _____	01- _____ 02- _____	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
		OBS _____	

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

13 02 20
S



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HIC

Protocolo nº 1 Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 220

Nome: <u>Julio Mendes</u>		DATA: <u>13.03.20</u>	
DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
☐ GRAU - I		☐ GRAU - I	
☐ GRAU - II		☐ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neurológica ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neurológica ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra	
Tamanho da Ferida:	Comprimento <u>5</u> cm Largura <u>1</u> cm Profundidade <u>1</u> cm	Comprimento <u>5</u> cm Largura <u>1</u> cm Profundidade <u>1</u> cm	
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Esclerose	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de casado:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	
Dor	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Cole	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a pele do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a pele do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Periférica	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Curta	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Curta	
Solução para limpeza	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☐ Clorexidina 1% ☐ Outro	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☐ Clorexidina 1% ☐ Outro	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☐ Gaze ☐ Fibrase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro	☐ Gaze ☐ Fibrase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro	
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca:			
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. de Enfermagem	01-	02-	03-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
CIIE		OBS	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convulc. Solutions Programs.
Objetos com H2 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

13.04.2011
J

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
DATA	HORA	DATA	HORA
ASS. ELIZABETH FERREIRA DATA: / HORA:		ASS. ELIZABETH FERREIRA DATA: / HORA:	
TAREFA:		TAREFA:	
NOTA: ASS. ELIZABETH FERREIRA DATA: / HORA:		NOTA: ASS. ELIZABETH FERREIRA DATA: / HORA:	

13 04 20

EXERCISE DO TO IMPROVE HQ

EXERCISE DO TO IMPROVE HQ

NAME

[Handwritten notes in the top left section]

[Handwritten notes in the top right section]

DATE / MONTH

DATE / MONTH

NOTE

NOTE

[Handwritten notes in the bottom left section]

[Handwritten notes in the bottom right section]

13 04 20

9

SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA

HOSPITAL DAS CLINICAS

SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRICAO MEDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO

DIAGNOSTICO: FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTE

ALERGIAS: NEGA HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: _____ LEITO: 328 DATA: 11/3/2020

ITEM: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORARIO: _____

1 DIETA ORAL LIVRE

SND

2 ACESSO VENOSO PERIFERICO

MANTER

3 SF 0,9% 500ml EV ACM

ACM

4 OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA

ACM

5 DIFIRONA 1G EV 12/12H SN

SN

6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU O1 CP VO DE 8/8h SN

SN

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

SN

8 CAPTOPRIL 75MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG

SN

9 SSVV + CCGG 6/6 H

ROTINA

10 CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12h

18:27^h

11 CLEFAXE 40 MG SC 1X DIA

15^h

12 NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS

16^h

13 CURATIVO DIARIO

ROTINA

14

15

16

17

18

19

20

SE DIAM 1100 CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
CONFORME ESQUEMA: 200 250 200 250 300 300 300 300 300
OU: 0-1 300 800 > 400 10 UI OU GLICOSE > 70 DI/ML
GLICOSE 50% 10 ML EV + AVIAR PLANTONISTAFUNDADO 1974
ESTAB. 1974
CONSTITUIÇÃO 1988

EVOLUÇÃO MEDICA

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR

DR MARCUS BRUNNER

EXTERNO DE BACIA, SOLICITO NOVOS EXAMES

CRM 1917

LABORATORIAIS

DR MARCELO MARQUES

AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA SINTESE

CRM 1918

DE DEMAIS FRATURAS

DR LEONARDO RABELO

CRM 1715

SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP	
6h				06:27h - 2
12h				06:27h - 2
18h				06:27h - 2
24h				06:27h - 2

13 04 20
(9)

DATE

NO. OF PAGES

103-210

NAME

NO. OF PAGES TO INTERVIEW

see report - 103-210
base of 103-210
witnesses in the
area of 103-210

103-210-103-210
103-210-103-210

DATE

NO. OF PAGES

NAME

NO. OF PAGES TO INTERVIEW

103-210-103-210
103-210-103-210

DATE

NO. OF PAGES

NAME

NO. OF PAGES TO INTERVIEW

NO. OF PAGES TO INTERVIEW

103-210-103-210

103-210-103-210

SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLINICAS					
SERVICO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MEDICA					
DATA DE ADMISSÃO		D-H		DN	
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTEBRA					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	10/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				MANHA
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				12:00
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				5:00
5	DIPYRONA 1G EV 12/12H SN				5/4
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU DI CP VO DE 8/8h SN				5/4
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				3/4
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				5/4
9	SsVV + CCGG 6/6 H				12:00
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10:00
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				16:00
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				12:00 - 18:00
13	CURATIVO DIARIO				2x/dia
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
 CONFORME ESQUEMA: 200 250 200 250 300 400 300 250
 600 400 300 250 200 150 OU GLICOSE > 70 DL/ML
 GLICOSE > 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MEDICA:

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO
 DE BACIA. SOLICITO NOVOS EXAMES LABORATORIAIS
 AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA SINTESE DE
 OMMAS FRATURAS

DR MARCUS BRUNNER
 CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

DR LEONARDO RABELO

SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP	
6 H	100	20	36,5	
12 H	100	20	36,5	
18 H	100	20	36,5	
24 H	100	20	36,5	

Exames de sangue Arquivo
 Encaminhado
 COPIA - OK 354 17/1/20

13 04 20

S.

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTEBRA					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	08/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				
6	TRAVAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				
7	PLASIL 1G mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
9	SSVV + CCGG 6/6 H				
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				16.7h 3.0h
13	CURATIVO DIARIO				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
 CONFORME E DOUTOR MA 200-250 200 250-300 400 300-350
 400 350-400 400 400 400 400 GLICOSE 5 70 DL/ML
 GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO
 DE BACIA. SOLICITO NOVOS EXAMES LABORATORIAIS
 AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA SINTESE DE
 DEMAIS FRATURAS

DR MARCUS BRUNNER
 CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

DR LEONARDO RABELO

EXAMES VITAIS	FC	FR	TEMP	PA	DI
11h					
12h	95				
18h	100	20	36,5	120/80	100
24h					

13 04 20
 9

SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLINICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MEDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTEBRA				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	07/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DILTA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
9	SSVV + CCGG 5/6 H				
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				
12	NORIPURUM 1AMP + SF0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIARIO				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO
 DE BACIA. SOLICITO NOVOS EXAMES LABORATORIAIS
 AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA SINTESE DE
 DEMAIS FRATURAS

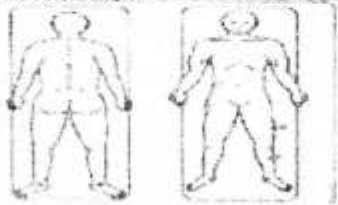
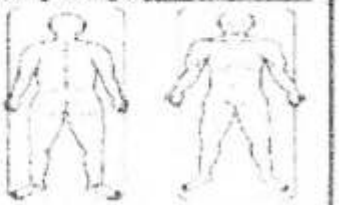
DR MARCUS BRUNNER
 CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

DR LEONARDO RABELO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	DI
6 H					
12 H	120/70	82		36.3°	
18 H	120/70	82		36.3°	
24 H					

13 04 20
 9

Nome: _____	
DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia ☐ Pressão - I - II - III - IV - Venosa - Arterial - Diabética ☐ Neuropática - Congênita - Trauma - Outra _____	DATA: GRAU - I GRAU - II
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	Localização / Região 
Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	DATA: GRAU - I GRAU - II
Quantidade de Exsudato ☐ seco mínimo ☐ umido pouco ☐ umido moderado ☐ umido abundante	DATA: GRAU - I GRAU - II
Cor do exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	DATA: GRAU - I GRAU - II
Dor: _____ ☐ Sim ☐ Não	DATA: GRAU - I GRAU - II
Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	DATA: GRAU - I GRAU - II
Condição da pele Perifoneal: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritemato / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras _____	DATA: GRAU - I GRAU - II
Solução para limpeza ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro _____	DATA: GRAU - I GRAU - II
Cobertura primária ☒ Gaze ☐ Colapexase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro _____	DATA: GRAU - I GRAU - II
Contato direto na lesão ☐ Não ☐ Sim	DATA: GRAU - I GRAU - II
Hora do curativo: _____ ☐ Manhã ☐ Tarde	DATA: GRAU - I GRAU - II
Data da Próxima troca: _____ Em caso de + de 24hs	DATA: GRAU - I GRAU - II
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem 01- _____ 02- _____	DATA: GRAU - I GRAU - II
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro _____	DATA: GRAU - I GRAU - II

DATE

TIME

OFFICER

WAGON

STATION

REMARKS

1st. General summary of business.
 2nd. General summary of business.
 3rd. General summary of business.
 4th. General summary of business.

1st. General summary of business.
 2nd. General summary of business.
 3rd. General summary of business.
 4th. General summary of business.

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

13 04 20

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: **JULIO MENEZES PALACIO**

DIAGNOSTICO: **FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTE**

ALERGIAS: NEGA HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: _____ LEITO: **328** DATA: **6/3/2020**

FLV	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SE 0.9% 500ml EV ACM	
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA	
5	DIP-RONA 1G EV 12/12H SN	
6	TRAMA 100MG + SE 0.9% EV OU DI CP VO DE 8/8H SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	
9	SSVV - CCGG 6/6 H	
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H	
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA	
12	NORIPURUM 1AMP + SE 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS	
13	CURATIVO DIARIO	
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

SE ENQUANTO EM USO DE MEDICAMENTOS, NÃO DEVE SER FEITA ADOÇÃO DE OUTROS SEM ADEQUADA AVALIAÇÃO MÉDICA. O USO DE MEDICAMENTOS DEVE SER SEGUINTE: 1. ANTES DE USAR, LER O NOME DO MEDICAMENTO E A DOSAGEM. 2. SE O MEDICAMENTO FOR NOVO, LER O NOME DO MEDICAMENTO E A DOSAGEM. 3. SE O MEDICAMENTO FOR ANTIGO, LER O NOME DO MEDICAMENTO E A DOSAGEM. 4. SE O MEDICAMENTO FOR ANTIGO, LER O NOME DO MEDICAMENTO E A DOSAGEM.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR
EXTRINCO DE BACIA, SOLICITO NOVOS EXAMES
LABORATORIAIS
AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA SINTESE
DE DEVIAS FRATURAS

DR MARCUS REUNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

DR LEONARDO RABELO
CRM 1725

SINAIS VITAIS	TC	FR	TEMP	DI	FE
01h					
12h					
18h					
24h					

13 04 20
97



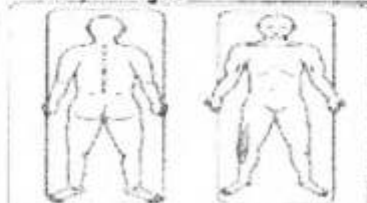
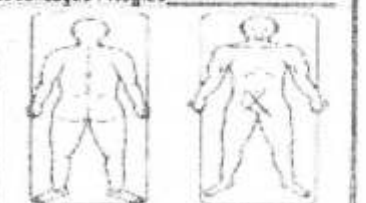
Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 328

Nome: <u>Juliana Mendes</u>			
DATA: <u>06-03-2020</u>	Localização / Região 	DATA: <u>06-03-2020</u>	Localização / Região 
☐ GRAU - I		☐ GRAU - I	
☐ GRAU - II		☐ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra	Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra
Tamanho da Ferida:	Comprimento <u> </u> cm Largura <u> </u> cm Profundidade <u> </u> cm	Tamanho da Ferida:	Comprimento <u> </u> cm Largura <u> </u> cm Profundidade <u> </u> cm
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com escudo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara ☒ Seco, mínimo ☐ Úmido, pouco ☐ Úmido, moderado ☐ Molhado, abundante	Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com escudo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara ☒ Seco, mínimo ☐ Úmido, pouco ☐ Úmido, moderado ☐ Molhado, abundante
Quantidade de Exsudato	☐ Seco ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	Quantidade de Exsudato	☐ Seco ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Tipo de exsudato:	☐ Soro ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	Tipo de exsudato:	☐ Soro ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Dor:	☐ Sim ☒ Não	Dor:	☐ Sim ☒ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor
Condição da pele Perilesional:	☐ Normal ☐ Moderada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	Condição da pele Perilesional:	☐ Normal ☐ Moderada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras
Solução para limpeza	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro <u>Clorexidina 1%</u>	Solução para limpeza	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro <u>Clorexidina 1%</u>
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Curto	Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Curto
Hora do curativo	☒ Manhã ☐ Tarde	Hora do curativo	☒ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca:	<u>06-03-2020</u>	Data da Próxima troca:	<u>06-03-2020</u>
Em caso de + de 24hs	<u>06-03-2020</u>	Em caso de + de 24hs	<u>06-03-2020</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<u>[Assinatura]</u>	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<u>[Assinatura]</u>
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Conva Tec. Solutions Program.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas dev em ser avaliadas separadamente.

13 04 30
9



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Anualizada Janeiro 2018

ENF/LEITO:

Nome:	
DATA:	Localização / Região:
GRAU - I	
GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão - I - II - III - IV / ☐ Ferida - ☐ Arterial - ☐ Venosa - ☐ Diabética - ☐ Neoplásica - ☐ Cirúrgica - ☐ Trauma - ☐ Outra
Tamanho da Ferida	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito	☐ Tecido de granulação ☐ Cartilagem ☐ Teido necrótico
Quantidade de Exsudato	☐ Nenhum ☐ Pouco ☐ Moderado ☐ Abundante
Tipo de exsudato	☐ Soro ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Seroso purulento
Odor	☐ Ausente ☐ Fétido ☐ Fétido de necrose
Condição da pele Periférica	☐ Normal ☐ Macerada ☐ Seca ☐ Eritematoza / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras
Solução para Emprego	☐ Solução fisiológica 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro
Cobertura primária (contato com a lesão)	☐ Gaze ☐ Unasplene ☐ Alcatraz de Fato ☐ Fibrina ☐ Colágeno ☐ Outros
Hora do curativo	Manhã _____ Tarde _____
Data da Próxima troca	
Em caso de > de 24hs	
Assinatura e Ass.	Assinatura e Ass.
Assinatura e Assinatura do Enfermeiro	
Assinatura	Assinatura

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Correlativos Program.

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

13 04 30
9

13 04 20
9

SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MEDICA

DATA DE ADMISSÃO 1/3/2020 DIH ON ###

PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO

GNÓSTICO FX CLAVICULA+FX COTOVELO+ ANTEBRAÇO+ PELVE

ALERGIA: NEGA HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: anos LEITO 328 DATA 4/3/2020

ITEM PRESCRIÇÃO HORARIO

1 DIETA ORAL LIVRE SND

2 ACESSO VENOSO PERIFERICO manter

4 FLATIL 25MG EV 12-12H 06 18

5 CEFTRIAXONO 400mg EV ou 500mg VO de 12em 12hs 18 22

6 NOE PLAVIN 1AMP - 100ML S/O 9% 1X AO DIA, DIAS ALTERNADOS

7 DIPIRONA 1G EV 8-8H S/N 18 24 08

8 TRAMAL 100MG - 5F 3-9- EV OU OL CP VO DE 8-8H SE DOR INTE SN

9 PLASL 10 mg EV 8-8H S/N SN

10 CURATIVO DIARIO

11 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS< 150 E/OU PAD< 100 MMHG SN

12 SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS ROTINA

13 EXAME 40MG 8-8H 1X DIA

14

15

16 SE DIABÉTICO: CONHEÇA COM INSULINA REGULAR 50I CONFORME

17 CUALPRA 200MG 2UL CP 300-400 20-30 GUI 15-400 GUI 1-100 10 UI

18 F DO GLUCOSE 70-100E GLUCOSE 50-140 MLE EV + ACESSAR PLANTONISTA

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

EVOLUÇÃO MEDICA:

PACIENTE EM SUBMITIDO A TROCA
 DE ENXADRE INTERNOS DE BACIA
 SOLICITOU EXAMES LAB
 AGUARDANDO PROCEDIMENTO
 CIRURGICO PARA SINTESI DE
 DE TRAS TRAILHAS

DR MARCOS BRUNNER
 CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

SINAIS	PA	FC	FR	TEMP
8 H				
12 H				
16 H				
24 H				

Clethone S. S. S.
 Téc. de Enfermagem
 COREN-RS 661.651.14

Dr. Leonardo Roberto
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM 1918 1918 1918

13 04 20
 9



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HIC

Protocolo nº 1 | Versão 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada Janeiro / 2018

ENF/LEITO:

Nome:	
DATA:	Localização / Região
GRAU - I	
GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III ☐ Varicela ☐ Arterial ☐ Diabetes ☐ Neuropatia ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm
Profundidade	Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esclerose ☐ Tecido necrótico ☐ Escara
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo
Dor:	☐ Sim ☐ Não
Dor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem dor
Condição da pele Periférica:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema ☐ Rubor ☐ Inchaço ☐ Outros
Solução para limpeza	☐ Solução fisiológica 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Ictina ☐ Clorexidina 4% ☐ Outros
Cobertura primária (então sobre a ferida)	☐ SDGze ☐ Colágeno ☐ wGde ☐ Colágeno ☐ Ténase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Fibrase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outros
Hora do curativo:	☐ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca:	
Em caso de + de 24hs	
Imbo e ass.	01- 02- 03- 04-
Ass. em Enfermagem	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
DATA:	ORV

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

13 04 20
14
(9)

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

DATA DE ADMISSÃO	1/3/2020	DIH		DN	#####
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
AGNÓSTI	FX CLAVICULA+FX COTOVELO+ ANTEBRAÇO+ PELVE				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	anos	LEITO	328	DATA	3/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				08 18
5	CIPROFLOXACINO 400mg EV ou 500mg VO de 12em 12hs				10 22
6	NORIPURUM 1AMP + 100ML SF 0.9% 1X AO DIA DIAS ALTERNADOS				
7	DIP RONA 1G EV 6/6H S/N				12 18 24 06
8	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
9	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
10	CURATIVO DIÁRIO				
15	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 150 L/OU PAD > 100 MMHG				SN
17	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS				ROTINA
18					
19					
20	SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR 10UI CONFORME ESCHEMA: 200-200 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI > 400 10 UI E DA GLICOSE < 70 0,4U GLICOSE < 70 0,4U 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

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

13 04 20
3

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

DATA DE ADMISSÃO	1/3/2020	DIH		DN	#####
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO					
AGNOSTI	FX CLAVICULA+FX COTOVELO+ ANTEBRAÇO+ PELVE				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	anos	LEITO	328	DATA	3/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				05:18 ⁵
5	CIPROFLOXACINO 400mg EV ou 500mg VO de 12em 12hs				10:22
6	NORIPURUM 1AMP. +100ML SFC 9% 1X AO DIA DIAS ALTERNADOS				12:18 24 06
7	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
9	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
10	CURATIVO DIÁRIO				
15	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 150 E/OU PAD > 100 MMHG				SN
17	SINAIS VITAIS E OLIDADOS GERAIS				ROTINA
19					
21					
SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200 250 2UI 251 300 4UI 301 350 4UI 351 400 5UI > 400 10 UI C. DI. GLICOSE < 70 X/LA. GLICOSE < 20% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

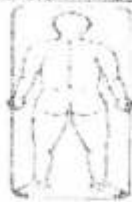
DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

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

13 04 20
39

ENF/LEITO: 322

Nome:	
DATA: 02/03/20	Localização / Região
(GRAU - I)	
(GRAU - II)	
Etiologia	Pressão - II - III - IV Vênica - Diabetes - Neuropatia - Cirurgias - Trauma - Queimaduras - Outras
Tamanho da Ferida	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm
Caráter da Lesão	a) Tecido de granulação b) sem esclero c) Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	a) seco mínimo b) úmido pouco c) úmido moderado d) molhado abundante
Tipo de exsudato	Seroso Fibroso Sangüinolento Purulento Serossanguíneo
Dor	Sím Não
Odor	evidente na remoção da cobertura a beira do leito ou dentro do centro do quarto Sem odor
Condição da pele Perifoneal	Normal Macerada seca Entemia Rubor Prurido Outros
Solução para limpeza	Solução Fisiológica 0,9% Clorexidina 1% Clorexidina 4%
Cobertura primária (Contato direto na ferida)	Gaze Colagenase Sulfadiazina de Prata AGE
Hora do curativo	Manhã Tarde
Data da Próxima troca em caso de + de 24hs	03/03/20
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- Valda 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
CRS	

Este documento adoptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convaler, Solutions Programs de passantes com 32 ou mais leitos, estas devem ser evoluídas separadamente.

13 04 70

1000

1000

1000

1000

Handwritten notes in the top right section, including "1000" and "1000".

Handwritten notes in the middle right section, including "1000" and "1000".

1000

1000

1000

1000

Handwritten notes in the bottom middle section, including "1000" and "1000".

1000

1000

1000

1000

Handwritten notes at the bottom right, including "1000" and "1000".

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Nº do Paciente: 123456 Nome: JOÃO DA SILVA Data de Nascimento: 10/05/1980
 Nº do Registro: 123456789 Sexo: M Data de Admissão: 15/08/2023 Motivo: ALTERAÇÃO

Nome do Médico: DR. CARLOS ALBERTO Nome do Enfermeiro: ENFERMEIRO Nome do Assistente Social: ASSISTENTE SOCIAL

Diagnóstico: ALTERAÇÃO Exame: ALTERAÇÃO Tratamento: ALTERAÇÃO Observações: ALTERAÇÃO

Evolução: ALTERAÇÃO Exame: ALTERAÇÃO Tratamento: ALTERAÇÃO Observações: ALTERAÇÃO

Evolução: ALTERAÇÃO Exame: ALTERAÇÃO Tratamento: ALTERAÇÃO Observações: ALTERAÇÃO

Evolução: ALTERAÇÃO Exame: ALTERAÇÃO Tratamento: ALTERAÇÃO Observações: ALTERAÇÃO

Evolução: ALTERAÇÃO Exame: ALTERAÇÃO Tratamento: ALTERAÇÃO Observações: ALTERAÇÃO

Evolução: ALTERAÇÃO Exame: ALTERAÇÃO Tratamento: ALTERAÇÃO Observações: ALTERAÇÃO

Evolução: ALTERAÇÃO Exame: ALTERAÇÃO Tratamento: ALTERAÇÃO Observações: ALTERAÇÃO

SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MEDICA

DATA DE ADMISSÃO	1/3/2020	DIH		DN	###
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
AGNOSTO	FX CLAVICULA+FX COTOVELO+ ANTEBRAÇO+ PELVE				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	anos	LEITO	328	DATA	2/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manter
4	TILATIL 20MG EV 12/12h				
5	C. PROF. LOXACINO 400mg EV OU 500mg VO de 12em 12hs				10 22
6	NORFURIM 1AMP. + 100ML SF0.9% 1X AO DIA, DIAS ALTERNADOS				
7	DIPIRONA 1G EV 6/6h S/N				12 18 24 06
8	TRAVAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h 50 DOR INTENSA				SN
9	PLASIV 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
10	CURATIVO DIARIO				
15	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 150 E/OU PAD > 100 MMHG				SN
7	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS				ROTINA

SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SD), CONFORME
ESQUEMA: 200-250 200 250 300 400 500 550 600 350 400 800 3 400 10 UI E
OU GLICOSE < 70 DIEM GLICOSE 50-40 MG EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100/70	80		36,3
12 H				
18 h				
24 H				

13 04 20
9



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO RODRIGUES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SETOR: HC ENF: 3B DATA: 01/03/2020 DN: 16/02/1996 DHC: 01/03/2020

NOME: JULIO MENEZES PALACIO

HD: Anemia + Fratura de cotovelo, antebraço, clavícula, pelve (em livro aberto)

DATA/HORA: 01/03/2020 PRESCRIÇÃO: HORARIO: 8h

1. Dieta oral livre, conforme necessidade

2. Acesso venoso: punção Mantar (baldão) no braço direito

3. S.O. 0,9% 500ml IV de 12-12h - P.O. 8h

4. Ciprofloxacina 400mg IV de 2-12h ou 500mg VO

5. Nefopar 100mg IV de 12-12h

6. Clindamicina 600mg IV de 6-6h

7. Dipiridamol 150mg IV de 6-6h

8. Simeticona 40 gotas via oral de 8-8h

9. Omeprazol 40mg IV 0-1x semanais, em jejum

10. Fomeal 100mg 1-1x/dia via oral de 8-8h

11. Ondansetron 8mg via endovenosa 8-8 horas (SN)

12. Cleveane 40mg SC 0-1x/dia via intravenosa, glândula tireoide

13. Comunicar internamentos ao plantonista

14. Sinais vitais 6-6 horas ou antes conforme necessidade

15. Sinais vitais 0-1x/dia via oral de 8-8h

16. Sinais vitais 0-1x/dia via oral de 8-8h

17. Sinais vitais 0-1x/dia via oral de 8-8h

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR SC

Até 200 U

201 - 250 U

251 - 300 U

301 - 350 U

351 - 400 U

401 - 450 U

451 - 500 U

501 - 550 U

551 - 600 U

601 - 650 U

651 - 700 U

701 - 750 U

751 - 800 U

801 - 850 U

851 - 900 U

901 - 950 U

951 - 1000 U

1001 - 1050 U

1051 - 1100 U

1101 - 1150 U

1151 - 1200 U

1201 - 1250 U

1251 - 1300 U

1301 - 1350 U

1351 - 1400 U

1401 - 1450 U

1451 - 1500 U

GH 50% 40 ml IV, em bolus, SC Glicemia < 70 mg/dl

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

Horário 06h 12h 18h 24h

PA

FC

TAx

FR

Farmacologia

Diurese

Dentro

Insulina

Regular

SNG

Dreno

Responsável

01/03/2020

Em 13/04/2020

Ass: (S)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

Perito Papiloscópico do Polícia Civil
Estado de RR

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200300344 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO MENEZES PALACIO **Data do acidente:** 08/02/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO.
FRATURA DE RÁDIO E ULNA DIREITA.
DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PÚBICA.
FRATURA DISTAL DE FEMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS-MEMBRO SUPERIOR // FIXADOR EXTERNO-MEMBRO INFERIOR).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE COTOVELO DIREITO E LEVE
DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 22/35/55_CIRURGIA / PÁG. 179_EXAME DE IMAGEM.
PÁG. 6/180 - CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATA: 12/08/2020 DR. MARCUS BRUNNER CRM-RR 1917

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			36,25 %	R\$ 4.893,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217588/20

Vítima: JULIO MENEZES PALACIO

Data do acidente: 08/02/2020

CPF: 032.685.812-18

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIO MENEZES PALACIO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. 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

JULIO MENEZES PALACIO : 032.685.812-18

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: Julio Menezes Palacio
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: _____
CPF: 032.685.812-18 ENDEREÇO: R. Sebastião Arigoinho 441
BAIRRO: Silveira Leite CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.314-358

VITIMA: Julio Menezes Palacio
CPF: 032.685.812-18 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Frazão
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11-299 Laureo Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalides, 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.

Boa Vista RR, 24 de julho de 20 20

Julio Menezes Palacio
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Julio Menezes Palacio
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: _____
CPF: 032.685.812-18 ENDEREÇO: R. Sebastião Arigoinho 441
BAIRRO: Silveira Leite CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.314-358

VITIMA: Julio Menezes Palacio
CPF: 032.685.812-18 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Frazão
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11-299 Laureo Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalides, 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.

Boa Vista RR, 24 de julho de 20 20

Julio Menezes Palacio
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217588/20

Vítima: JULIO MENEZES PALACIO

Data do acidente: 08/02/2020

CPF: 032.685.812-18

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIO MENEZES PALACIO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. 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

JULIO MENEZES PALACIO : 032.685.812-18

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