

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

---

**Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200348042**      **Vítima: BRAIN WILSON**

**Data do Acidente: 16/02/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), BRAIN WILSON**

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

**Recebedor: BRAIN WILSON**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 341**

**Agência: 000001352**

**Conta: 0000055174-9**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 706.679.212-29 4 - Nome completo da vítima: Brian Wilson

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Brian Wilson	6 - CPF: 706.679.212-29		
7 - Profissão: autônomo	8 - Endereço: Rua General do Caju	9 - Número: 500	10 - Complemento: RR
11 - Bairro: Boa Vista	12 - Cidade: Boa Vista	13 - Estado: RR	14 - CEP: 69.300-690
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 9913-2355		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Itaú
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da Vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo  Outro (escrever):

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 nasceu (nascer)?  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  
Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Bonfim RR 21 de Setembro*

X

*Brian Wilson*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*William Gonçalves*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ  
PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00028179/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/09/2020 16:21:09 Data/Hora Fim: 21/09/2020 16:21:09  
Origem:  
Delegado de Policia: Simone Aruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/02/2020 01:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Zona Rural

Logradouro: comunidade do PASSARÃO/RR

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Méio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: BRAIN WILSON (COMUNICANTE , VÍTIMA )	Sexo: Masculino	Nasc: 27/10/2001 Idade 18
Nacionalidade: Brasileira		Escolaridade: Ensino Médio Incompleto
Profissão: Agricultor		Naturalidade: Bonfim - RR
Estado Civil: Solteiro(a)		
Nome da Mãe: Alice Wilson		

Documento(s)

RG: 5552435

CPF: 706.679.212-22

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Vila do Passarão S/N

Bairro: Zona Rural

Telefone: (95) 99113-3855 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 553.032.422-34	Placa NAP2964
Renavam 01084149971	Número do Motor KC22E0G046447
Número do Chassi 9C2KC2200GR046443	Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor PRATA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 23/06/2020	Situação do Veículo RENAINF - ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS



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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00028179/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Brain Wilson	Proprietário

## RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico (95) 99113-3855, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 16/02/2020, por volta das 01H:20min da madrugada, o comunicante conduzia sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo CG 160 FAN ESDI, cor prata, Placa NAP-2964; QUE trafegava da comunidade do PASSARÃO/RR, para a capital do estado de RORAIMA/BV na RR-319; QUE ao chegar na metade de seu destino um veículo automotor vindo sentido contrário, estava obstruindo o campo de visão pois estava com o farol alto ligado; QUE nesse momento uma outra motocicleta indo em sentido igual ao do comunicante tentou ultrapassá-lo, porém devido a obstrução da luz causada pelo veículo e visando não atingir o veículo, que não sabia se estava perto ou longe pois vinha em sentido contrário, esse condutor acabou atingindo a parte traseira da motocicleta do comunicante; QUE ambos os condutores foram arremessados de sua motocicleta causando diversas fraturas em ambos (laudo médico em anexo a este B.O); QUE o condutor que vinha do veículo ligou para a equipe do SAMU informando que havia acontecido o acidente automobilístico; QUE a ambulância demorou para chegar ao local, porém como o comunicante não conseguia se mexer preferiu permanecer no local até a chegada da ambulância; QUE PERNUTADO para a comunicante se ele consegue identificar os condutores dos veículos ou sabe dos nomes de ambos, RESPONDEU: QUE NÃO sabe informar o nome dos condutores, pois no momento estava sentindo muita dor.

QUE o comunicante externa que somente registrou esse B.O na data de hoje (21/09/2020) para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE o comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para o comunicante que ele poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

## ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza

Chefe de Seção

Matrícula 020116684

Responsável pelo Atendimento

Brain Wilson

Comunicante, Vítima

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200348042      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BRAIN WILSON      **Data do acidente:** 16/02/2020      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 07/10/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DE FÉMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL 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 MODERADO DE QUADRIL DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG.1/14/27/67\_CIRURGIA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 706.679.212-29 4 - Nome completo da vítima: Brian Wilson

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Brian Wilson	6 - CPF: 706.679.212-29		
7 - Profissão: autônomo	8 - Endereço: Rua General do Caju	9 - Número: 500	10 - Complemento: RR
11 - Bairro: Boa Vista	12 - Cidade: Boa Vista	13 - Estado: RR	14 - CEP: 69.300-690
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 9913-2355		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Itaú
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da Vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo  Outro (escrever):

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 nasceu (nascer)?  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  
Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Bonfim RR 21 de Setembro*

X

*Brian Wilson*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*William Gonçalves*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

# ITAU - 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: 14/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: BRAIN WILSON

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01352

CONTA: 000000055174-9

---

Autenticação:

CBF1C8D2E64F2EFF972DCDEB3ACE77911B0A2B95C5BFD7573836986F24D4A4C6



## 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: 5990591

SERGIO DINIZ

ES VICINAL DO CAJUAL, S/N ,

BOA VISTA

69300690 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1101188	MÊS 09/2020	PERÍODO DE CONSUMO 12-AUG-20 a 14-SEP-20
CONSUMO (kWh) 316	VENCIMENTO 06-OCT-20	TOTAL A PAGAR R\$ 186,32

## 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



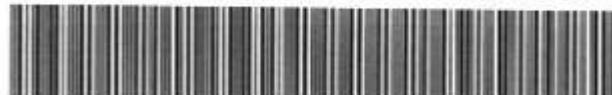
## RORAIMA ENERGIA

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

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1101188	MÊS 09/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 186,32
-------------------------	----------------	-----------------------------

836000000015.863200750009.000000001107.118809200058





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

## OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



## RORAIMA ENERGIA

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

IE: 240070223

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

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059



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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>3</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves França

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

Brain Wilson inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.679.212 / 22,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Brain Wilson

inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.679.212 / 22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua 22</u>	Número:	<u>294</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Idaia Moreira</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.318-050</u>	
E-mail:	<u>WFrango992@gmail.com</u>						Tel.(DDD):	<u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 21 de Setembro de 2020

William Gonçalves França

Assinatura do Declarante



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 16/01/2020 - OS: \_\_\_\_\_

Brain Wilson

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta do fêmur prox.

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Tratamento cirúrgico frst. exp. fêmur

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirúrgico

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo.

CIRURGÃO: Dr. Elder Soares

1º auxiliar: Dr. Leonardo

2º auxiliar: Dr. Wilson

INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º auxiliar: Dr. Elder Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1828/RR

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

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

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

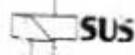
- ① Paciente em 2015 sob ato ortopédico
- ② Anestesia, antiséptico e colocação de campos cirúrgicos
- ③ Incisão cirúrgica com lfo, 9% e 10%
- ④ Fixação da fratura subtrocaína do fêmur ⑤ com fixador externo com auxílio de intensificadores de imagens.
- ⑥ Revisão da hemostasia e sutura.
- ⑦ Curativo.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eulálio Gomes, S/N  
Novo Progresso - Tel. (65) 3221-0620

## AUTENTICAÇÃO

  
Certifico que é verdadeira a presente  
cópia da Acta de Operação que  
que foi apresentada neste Hospital

Transf: 19/03/2020



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

NIR

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

Bruno Wilson

8 - N° DO PRONTUÁRIO  
178450

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO  
27/10/01

9 - SEXO

Male  Fem  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Alice Wilson

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Vila Passarão

11 - TELEFONE DE CONTATO  
N° DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO  
RR

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paroxi can Rx Ex posta  
subfocantina D

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
AV. BIRG. Eduardo Gómez, 5/N  
Novo Roraima Tel: (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

28/03/2020

CERTIFICO que a presente  
copia é de Rép. do original  
que foi apresentado neste Hospital

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO crônico

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

Anamnese + Rx + ex. Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
Rx ex posta subfocantina D

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

( ) CNS ( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2020

16/03/20

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - EFOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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)

16/7/20

0408050616

5772

00499



Brian Wilson, 10x

**PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO**

DEPARTAMENTO DE PREGONERIA  
Av. Brás Eduardo Gomes, S/N  
Novo Pátria - Tel. (65) 2121-3620  
AUTENTICAÇÃO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

**FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA**

*anexo*

NOME DO PACIENTE BRAIN WILSON		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA 16/102/12
		CIRURGIA		
TIPO Fratura de FEMUR		INICIO 05:00	FIM 06:04	TEMPO DE DURAÇÃO TEMPO TOTAL
CIRURGIÃO Dr. ELDER BOM		ANESTESISTA: RES. ANESTESIA: INSTRUMENTADOR	JOSE NETO R2	
1º AUXILIAR Dr. Fidio RL		CIRCULANTE	- - - -	
2º AUXILIAR				
TIPO DE ANESTESIA: Ráqui		MARCOS SOCORRO, ISABEL		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
10	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 0
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0
7	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº 0
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº 0
1	LÂMINA BISTURI Nº 20		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº 0
	DRENO DE SUCÇÃO Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº 0
1	DRENO DE TORAX Nº 1500ml		1	FIO PROLENE Nº 0
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº 18
1	SERINGA 01ML	100ml	1	SURGICEL 10ml
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº 1
	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM
	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA
				OUTROS:
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA	ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55 11 20464000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350 Ref. 4747/03 Lote: 19AB00969 Registro ANVISA: 10222710005	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Belenice		ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55 11 20464000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350 Ref. 4747/03 Lote: 19AB00967 Registro ANVISA: 10222710005	
FUNCIONARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA MARCOS SOCORRO ISABEL		TAXA DE SALA	
			TAXA DE ANESTESIA	
			SOMA	

RECEBIMENTO DE MATERIAIS CONSUMIDOS  
Av. Bento Eduarda, 1000 - Centro - 66010-1672  
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

*Autenticação*  
28/10/2012  
Enviado a 00:46:00 10/10/2012  
Código de identificação do documento que foi apresentado neste ato



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

**AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS\***  
**CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS**

<b>CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS</b>				
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: <i>Ontopédia</i>	Procedimento Realizado:		
Nome do Paciente: <i>Bridian Wilson</i>	IDADE: 16	SEXO: F ( ) M ( )	Nº do Prontuário	Data <i>16/01/2020</i>
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala	Circulante de Sala: <i>04 Isabell Sochner</i>
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: <i>D</i>				

**Dados dos materiais/Serviço**

**MÉDICO CIRURGIANO**

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

**MÉDICO CIRUJÃO**

1º AUXILIAR:

**INSTRUMENTADOR:**

**1º VIA- PRONTUÁRIO 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: emm.mr.hanif@mail.com



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

**CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS**

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado:		
Nome do Paciente: Bryolian Wilson		IDADE:	SEXO: F ( ) M ( )	Nº do Prontuário
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala	Data 30/02/2023
CIRCULANTE DE SALA: 04 Disponível, Socorro, pronto				
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Pequena Unigrid				

**Dados dos materiais/Serviço**

Hospital Geral de Roraima ( )		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRÍÇÃO DO ITEM		QUANT
01	Fixador Externo 350 mm		01
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA</b>          Tel: 5511199404000          FIXADOR LAT FIX C/ BARRA 350          Ref: 4747703 Lote: 194052817          Registro ANVISA: 10223710095       </div>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA</b>          Tel: 5511199404000          FIXADOR LAT FIX C/ BARRA 350          Ref: 4747703 Lote: 194052817          Registro ANVISA: 10223710095       </div>			
MÉDICO CIRURGÃO: Dr. Eldon Soares		1º AUXILIAR:	Dr. D. R. K.

**INSTRUMENTADOR:**

Empresa ( )		Nome da Empresa: SIRIUS ( ) / SINTSE ( ) / QUANTUM ( )		Marca:
ITEM	DESCRÍÇÃO DO ITEM		QUANT	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           SIRIUS ( ) / SINTSE ( ) / QUANTUM ( )            ATHENA ( ) / MACON ( )         </div>				
MÉDICO CIRURGÃO:		1º AUXILIAR:		

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: [enviame.hora@nmail.com](mailto:enviame.hora@nmail.com)





**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**

Nome Bruno Ulioson  
Responsável Cirurgião Dr. Eder

**ANTES DA INCISÃO**

Anestesista Dr. José Esteves

**ENTRADA (Sala Pré Anestésica)**

PACIENTE CONFIRMOU:

Identidade

Sítio Cirúrgico

Procedimento

Consentimento  Sim  Não

RISCO CIRÚRGICO

Aplica  Não se Aplica

SÍNTEO DEMARCADO

Sim  Não  Não se Aplica

**VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA**

**OXIMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO**

**O PACIENTE POSSUI:**

ALÉRGIA CONHECIDA

Sim, Qual: \_\_\_\_\_

**VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO**

Não

Sim, e equipamento/assistência disponíveis

**RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml**

Não

Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

AB 365  
Assinatura Willy  
Hora: \_\_\_\_\_

Data 16/10/16 Assinatura Willy  
Hora: \_\_\_\_\_

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

**ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES**

**PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)**

**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 Aplica

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

- 4- SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO  
 Sim  Não  Não se Aplica

- 5- O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE  
 Sim  Não  Não se Aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.  
 Sim  
 Não se aplica

Assinatura e Carimbo  
Assinatura e Carimbo



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		Drauz Wilson	
AGNÓSTICO		Rx exponha subtraumatizar (D)	
ALERGIAS		HAS	NEGA
IDADE		LEITO	DM2
ITEM		PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	5/6	
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6 HS	manhã	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	18:00	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ	06:00	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	18:00	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	03:00	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	NTF	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	06:00	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	03:00	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	03:00	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	03:00	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	DORTA	
14	CURATIVO DIÁRIO	DIÁRIO	
15			
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 5% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Pedro de S. Fausto  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 2128

## EVOLUÇÃO MEDICA:

#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

601-02  
 D. Vise



~~BXF - HC~~

*Chrt*

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 19/10/2001

PACIENTE: Karen Wilson

DIAGNÓSTICOS: fit exposto subtraçao DN 27/10/2001

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR:

6012

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: 116 FC: 67 TEMPERATURA: 36,8 SATO2: \_\_\_\_\_

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Analoges + Cenitroto

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Pq 12015, AAC, SI importante en um j+ aguardo programada cirurgia

Boa Vista, 19 de 10 de 20 Hora: \_\_\_\_\_

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

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Dr. Pedro Di Giovanni  
CRM RR-1615  
Coordenador NIR

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

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



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: **BRAIN WILSON** 23 ANOS  
 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: **00/01/1900**, COM  
 DIAGNÓSTICO DE **FX DE FEMUR DIREITO** E NO DIA  
**31/03/2020**, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
**OSTEOSSINTSE** SENDO  
 OPERADO PELO DOUTOR **DR VITOR MONTENEGRO** E P/ DR **DR BRUNO**  
 RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA **07/05/2020** ÀS \_\_\_\_\_, EM  
 BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
 COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL  
 CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **02 (SEMANAS)** SEMANAS, COM O  
 DOUTOR **DR VITOR MONTENEGRO**.

### **ORIENTAÇÕES GERAIS:**

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. **BRUNO FIGUEREDO**

quinta-feira, 7 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

*Don Martini*  
 Médico de Ortopedia e Traumatologia  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 038

NIR

Transf: 19/02/2020

SUS

Sistema Único de Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

NIR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Braian Wilson

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

178450

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/10/01

9 - SEXO

Mas.  Fem.  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Alice Wilson

11 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO)

Vila Passarão

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RR

16 - CEP

## 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paroxismo com Rx Ex postero  
subtrocantíneo (D)

## 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TO crítico

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

Anamnese + Rx + ex. clínico

Rx ex postero subtrocantíneo (D)

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

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

() CNS    () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DE REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. J. E. L. S. L. S.  
Médico Residente  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-RR 2020

160720

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

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º 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 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DE REGISTRO DO CONSELHO)

0408050616  
5772  
00499

600-1



BOLETIM OPERATÓRIO

Brain Wilson

Data: 16/01/2020. O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta da fíbula prox.  
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Tratamento cirúrgico frct. exp. fíbula  
TIPO DE INTERVENÇÃO: cirúrgico  
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø  
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo.

CIRURGIÃO: Dr. Elmer Soares 1º auxiliar: Dr. Jeanne Santos  
2º auxiliar: Dr. Almeida. INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_  
3º auxiliar: Dr. Elder Soares ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
Ortopedia e Traumatologia CRM 1828/RR  
ANESTESISTAS: Ø ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

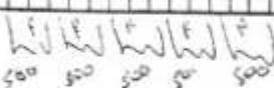
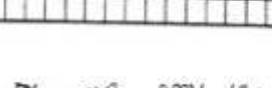
## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em ORB sob anestesia local
- ② Anestesia, antiséptico e colocação da compa iniciais
- ③ UMC extensiva com 160,9% cutos
- ④ Fixação da fratura subtroclearica da fíbula ① com fixador externo com auxílio de instrumentos de imobil.
- ⑤ Lavagem da ferida cirúrgica + curva.
- ⑥ Curativo



Brian Wilson, 1982

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES	04					05					06					07				
	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45		
LIQUIDOS VENOSOS																				
DA X	10	240	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500		
ULSO ●	38	220																		
ANES X	36	200																		
DP O	34	180																		
TEMP □	32	160																		
ASPIR. A	30	140																		
RESP O	28	120																		
Export		100																		
Assist		80																		
Contro		60																		
SÍMBOLOS		40																		
AGENTES			X	O			X													
Propofol 1000 ml: 15g	DOSIS	15g	TECNICA					Respiratoria Intraoperatoria					ANOTACOES							
Ureteral		600g	O						Laringe					1 - crise tetani: monitorar ecolaringe, mím, mím, parox, mím, mím, parox						
Gastricul		300g	O											2 - oxg 90% on 1L/min						
ERGONO		50g	O											3 - histero e pressionista						
LICOSA	LIQUIDOS													4 - posicoes de paciente						
ODD																				
ANGUE																				
ST 9,77 3500	TEMP DE ANESTESIA																			
OTAL 3500 ml																				
OPERACAO	Poxouci ar Pedro RS										Laringo - Espasmo - Escravo Sirene									
	Poxouci (D)										Depressao Respiratoria - Hipoxia									
ANESTESIA											Bucking - Vômito									
Sistema / Sosse R	CÓDIGO	CIRURGIA										Hemorragia - Anemia								
		Pedro/ Elba										Estadi Tumoral - Choque								
												300ml								



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA**

*anetos*

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
BRAIN NILSON				16 102 122	
<b>CIRURGIA</b>					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Fratura de FEMUR		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		05:00	06:04		
<b>EQUIPE MÉDICA</b>					
CIRURGIÃO	Dr. ELDER Bodin		ANESTESISTA:	JOSE NETO R2	
1º AUXILIAR	Dra. Patrícia RL		RES. ANESTESIA:		
2º AUXILIAR			INSTRUMENTADOR	- - - - -	
		CIRCULANTE		MARCELO SOCONIO, ISABEL	
TIPO DE ANESTESIA: Ropivacaine		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
10	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500mL	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
7	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
00	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 20		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM	
	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
				OUTROS:	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS				DEBITAR NA	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Almenor</i>			<small>ORTOBINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 551139494000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350 Ref. 474703 Lote 19A003617 Registro ANVISA: 10228710095</small>	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA <i>MARCELO SOCONIO ISABEL</i>			<small>ORTOBINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 551139494000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350 Ref. 474703 Lote 19A003617 Registro ANVISA: 10228710095</small>	
				SUB- TOTAL	
				TAXA DE SALA	
				TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
				ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

## CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

1º VIA- PRONTUÁRIO 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: [env-me.hrr@mail.com](mailto:env-me.hrr@mail.com)



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

## CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado:		
Nome do Paciente: Briulian Wilson		IDADE:	SEXO: F ( ) M ( )	Nº do Prontuário
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala	Data 30/02/2008
CIRCULANTE DE SALA: OM Dobil, Socorro, Momo				
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Pequena Cirurgia				

### Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ( )

Dados Adicionais:

ITEM

DESCRÍÇÃO DO ITEM  
Fixador Externo 350 mm

Marca:

QUANT  
05

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA  
TEL.: 55111304040000  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350  
Ref. 4747/03 Lote: 134003617  
Registro ANVISA: 10222010095

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA  
TEL.: 55111304040000  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350  
Ref. 4747/03 Lote: 134003617  
Registro ANVISA: 10222010095

MÉDICO CIRUJÃO:

Dr. Eldo P. Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-Roraima 10000  
CNPJ 23.100.000/0001-00

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

Empresa ( )

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

Marca:

ITEM

DESCRÍÇÃO DO ITEM

QUANT

MÉDICO CIRUJÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUÁRIO 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: ann.mw.hn@mail.com





LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA		ANTES DA INDUÇÃO	ANTES DA SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES
ENTRADA (Sala Pré Anestésica)		SAÍDA (Sala Pós Operatória)	
<b>PAUSA CIRÚRGICA</b> (Sala Operatória)		<b>SAÍDA</b> (Sala Pós Operatória)	
<b>ANTES DA INDUÇÃO</b>			
<b>ANTES DA INDUÇÃO</b> Anestesista <input checked="" type="checkbox"/> P.2 <input type="checkbox"/> Agn. Reis Responsável Cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Dr. Gecio		<b>ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES</b>	
<b>PAUSA CIRÚRGICA</b> (Sala Operatória)			
CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>CIRURGÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO</b> CONFIRMARAM VERBALMENTE: <input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento			
<b>EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:</b> <b>REVISÃO DO CIRURGIAO:</b> Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.			
<b>REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:</b> Há alguma preocupação específica em relação ao paciente			
<b>REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:</b> 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.			
<b>O PACIENTE POSSUI:</b> <b>ALÉRGIA CONHECIDA</b> <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual: _____			
<b>VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e equipamento/assistência disponíveis			
<b>RISCO DE PERDA SANGUÍNEA &gt; 500 ml</b> <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos			
<b>Assinatura</b> Data <u>16/12/20</u>		<b>Assinatura</b> Hora <u>04:40</u>	
<b>AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>Assinatura e Carimbo</b> <u>Assinatura</u> <u>Carimbo</u>			

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PREScrição MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		Drauzio Wilson	
AGNÓSTICO		Rx ex porta sub traumato	
ALERGIAS		HAS	NEGA
IDADE		LEITO	DM2
ITEM		PREScrição	
1 DIETA ORAL LIVRE		SAD	
2 ACESSO VENOSO PERIFERICO		manter	
3 SF 0,9% 500ML EV S/N = 6/6 HS		18:30	
4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H		20:30	
5 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		OK	
6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		NTF	
7 NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		08:	
8 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		24:7/12	
9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		03:	
10 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		03:	
11 CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		NOTA	
12 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		DIÁRIO	
13 SSVV + CCGG 6/6 H			
14 CURATIVO DIÁRIO			
15			
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 50%  
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Pedro de S. Fausto  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR/2428

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

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

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Pr. Vile

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

		Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR			
		Paciente: <u>Bruno</u> <u>Willian</u>			
		Leito: <u>604.2</u>	Data: <u>10/21/2020</u>		

Localização		Região: <u>Faixa</u> <u>Médio</u>		Região: _____	
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Trauma : <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro:	
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input checked="" type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Outro:	
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>com pan de espante</u>	<input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>com pan de espante</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>com pan de espante</u>	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>com pan de espante</u>	
Troca ..	<input type="checkbox"/> 12/12	<input type="checkbox"/> Diário <u>Ranko</u>	<input type="checkbox"/> 12/12	<input type="checkbox"/> Diário <u>Ranko</u>	
Profissional que realizou procedimento:	Adonide Vieira Araujo Técnica em Enfermagem CORONAR 507 095/TE		Larissa Alves Técnica em Enfermagem CORONAR 1.243.428 - 78		
Observações:					

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	Bryan Wilson			
AGNÓSTICO	Fratura exposta Subtrocanterica do fêmur			
ALERGIAS	NEGA			
IDADE	LEITO	601-2	DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			MANTIDA
3	SF 0,9% 500ML EV S/N 08/08H			AC
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			AC
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA			AC
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			AC
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			12-20-24
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			AC
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			10-16-22-28
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			12-20
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H			ATIVA- CURATIVO
14	CURATIVO DIÁRIO			ATIVA- CURATIVO
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Dr. Odilachi Okanji  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM: 185110

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  
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MEDICA:

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

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

# SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	120/80	76	36,2
18 H	132-187	89	36,8
24 H	120x60	98	36,3

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06:00: 120x60 mmHg P=68 bpm T=36,6°



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	Brain Wilson			
AGNÓSTICO	Ex expert substituente- Jen (S)			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	603-2	DATA 19/02/12
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			S/V.
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			MANTEC.
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			S/V.
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			16:16:22 04
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			S/V
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			12:20 04
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			S/V.
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			16:16:22 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			12:21
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S/V.
13	SSVV + CCGG 6/6 H			06/16
14	CURATIVO DIÁRIO			CURATIVO.
15	Lexor 40 SC 1x1c			16.
16	J			
17				
18				
19				
20	AO Bloco A			
21				

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

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

# SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

Dr. M. AGUIAR  
M. AGUIAR  
2012

## SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	132/93	86		35 <sup>3</sup> C
18 H				
24 H				

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



BHF - HC Chst

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: Fl 102 190

PACIENTE: Ronan Wilson

DN: 27/10/2001

DIAGNÓSTICOS: fx exposto sub frasco ①

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: 601-2

2- PACIENTE:  ACAMADO  DEAMBULA  02 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: 111/61 FC: 62 TEMPERATURA: 36,8 SATO2: 98

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Analges + Cetilibrot

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Py 71015, AAA, SI impotax en um j1  
aguarito progressiva ceruige

Boa Vista, 11 de 02 de 2020 Hora: \_\_\_\_\_

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

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

*Dr. Pedro Di Giovanni*  
CRM-RR-1615  
Coordenador NIR

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

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

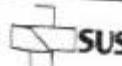
HC  HLI  HMI  OUTRO \_\_\_\_\_

NIR

NIR

Anexo I

Transf: 05/04/2020



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

*Vitor Wilson*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898005187017085913

8 - N° DO PRONTUÁRIO  
178450

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

*Alicia Wilson*

9 - SEXO  
Mas:  1 Fem:  3

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BARRA)

*Rua Passanõe*

11 - FONE DE CONTATO  
N° DO FONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO — 15 - UF — 16 - CEP  
12000-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

*Ronco com os nártimes de férulas e  
colapso na função respiratória*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Choque anárquico*

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

*Rx + ex. férulas.*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

*Choque anárquico fx férulas (D)*

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*Choque anárquico fx férulas (D)*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

*Vitor Montezano*

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

31 - N° DO BILHETE

32 - SÉRIE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

*Dr. Vitor Montezano  
Ortopedia  
Traumatologia  
888*

35 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

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

37 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

38 - SÉRIE

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CNAE DA EMPRESA

39 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - AUTÔNOMO

40 - APOSENTADO

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

42 - DESEMPREGADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**AUTORIZAÇÃO**

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

47 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

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

( ) CNS ( ) CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

57 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

58 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

59 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

60 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

61 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

62 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

63 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

64 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

65 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

66 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

67 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

68 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

69 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

70 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

71 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

72 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

73 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

74 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

75 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

76 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

77 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

78 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

79 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

80 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

81 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

82 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

83 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

84 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

85 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

86 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

87 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

88 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

89 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

90 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

91 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

92 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

93 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

94 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

95 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

96 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

97 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

98 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

99 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

100 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

101 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

102 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

103 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

104 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

105 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

106 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

107 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

108 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

109 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

110 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

111 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

112 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

113 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

114 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

115 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

116 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

117 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

118 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

119 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

120 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

121 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

122 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

123 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

124 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

125 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

126 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

127 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

128 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

129 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

130 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

131 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

132 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

133 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

134 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

135 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

136 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

137 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

138 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

139 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

140 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

141 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

142 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

143 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

144 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

145 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

146 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

147 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

148 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

149 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

150 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

151 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

152 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

153 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

154 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

155 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

156 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

157 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

158 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

159 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

160 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

161 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

162 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

163 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

164 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

165 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

166 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

167 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

168 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

169 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

170 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

171 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

172 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

173 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

174 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

175 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

176 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

177 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

178 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

179 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

180 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

181 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

182 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

183 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

184 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

185 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

186 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

187 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

188 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 31/03/2020

O.S. \_\_\_\_\_

BRUNA WILSON

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fix fratura (D)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

RMS de fixar os ossos + fratura transversa (MIO)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIANO: Vitor Monteiro

2º AUXILIAR: Formoso RS

3º AUXILIAR: Omuratti RS

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º auxiliar: Bruno Fiuza

INSTRUMENTADORA: Den (RS)

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Abertura em D1 lesão aberta;
- 2) AD e CCS;
- 3) Rotina de fixar os ossos p/ fratura de fêmur (D);
- 4) Colocação de fratura transversa;
- 5) RFA

Dr. Vitor Monteiro  
Traumato - Ortopedia  
CRM-RR 888

  
Bruno Vieira  
CRM 1231 RR  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia



Brain Wilson

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº Beau Vista - RR  
31.03.2020

16:00

17:00

AGENTES	N 20	15 30 45			15 30 45			15 30 45			15 30 45		
		02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
LÍQUIDOS VENOSOS	A J P	M S B 500 ml	150	300	450	600	750	900	1050	1200	1350	1500	1650
DA	10	240	250	260	270	280	290	300	310	320	330	340	350
ULSO	38	220	230	240	250	260	270	280	290	300	310	320	330
ANES	34	180	190	200	210	220	230	240	250	260	270	280	290
OP	32	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250	260	270
TEUP	30	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250
ASPIR.	A	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190
RESP	O	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170
		20											
Expir.		Expir.											
Admit.													
Corro.	X												
SÍMBOLOS		tu											

AGENTES	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES
A	Supivacaina 0,125 mg/kg	Regional Lombar Intratecnica 3ml/ml com Vitilicau respondeu	*Check List + Monitorização (SPO2 FC + ECG + PAvi)
B			① Anestesia + Assunção das regiões lombares com álcool à 70% + colocação de campos esterilizados
C			② Injeção lombária 12 ml com aquela 26G (Quink) saída de líquido claro, nervosos bloqueio satisfatório
D			
E			
F			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cápsula - Naso / Oto Faringe Naso / Otoaracal - Cago Bai - Tamp - Cálculo do Tubo Bala Minicara Difusópore Técnico	
NDCC			
SANGUE			
SF 0,9% 500 ml			
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
FMS d/c			
ANESTESIA			
Dr. Wilson - 100% UFVAC	código	circulação	PERCA SANGUÍNEA
Res. Dr. Wilson - 100% UFVAC		Dr. Vista / Dr. Brum	Hemorragia - Anémia Brad Taquicardia - Choque

Dr. Wilson - 100% UFVAC  
Res. Dr. Wilson - 100% UFVAC

código

circulação

② Encaminhar paciente SRPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE  
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		16a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Bram Wilsen			107-04		31/03/2001	
		CIRURGIA				
		TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
RMS + Tracão transesquática em MID (Síndrome D)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL		
		16:10	16:35			
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA				
Bruno Figueiredo		ANESTESISTA: <i>Thierry</i>				
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA: <i>Re. Andressa</i>				
Vitor Monteagudo		INSTRUMENTADOR				
2º AUXILIAR		CIRCULANTE				
Re. Fernando		<i>Guilherme / Dalmundo</i>				
TI DE ANESTESIA: Raqui		TEMPO DE DURAÇÃO:				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS		VALOR
7	COMPRESSAS C/ 03			FRASCOS- SORO FISIOLOGICO - 500ml		
11	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO		
1	LIGA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO		
	LIGA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº		
	LIGA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº		
	LIGA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
<input checked="" type="checkbox"/>	SP/ PROCEDIMENTOS (P/M/G)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
1	LIGA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº		
	FIO DE SUCCÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº		
	FIO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº		
	FIO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº		
	GA 01ML			SURGICEL		
<input checked="" type="checkbox"/>	GA 03ML <i>Algodão brt.</i>			CERA P/ OSSO		
<input checked="" type="checkbox"/>	GA 05ML <i>Adesivares Crepon 20/10cm</i>			KIT CATARATA Nº		
7	GA 10ML		1	GEOFoAM <i>Raios manguinhos</i>		
1	GA 20ML		1	FITA CARDIACA <i>Aguilha 17 gauge nº 26</i>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrônicos			OUTROS: <i>Morsitina 21-50ml</i>		
1	Cateter de Oz			+ <i>Agulha 17 gauge nº 26 à 10ml</i>		
MATERIAIS E INSTRUMENTOS CONSUMIDOS EM SALA		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR	
DESS RESPONSAVÉIS						
INSTRUMENTOS	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			SUB- TOTAL	
	<i>Carlos / Rebeca</i>					
FUNCIONARIOS	...CUTAIS	TAXA DE SALA				
	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA				
					SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

## CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Tração Transesquelética em MJ		
Nome do Paciente: Bram Wilson		IDADE: 18a	SEXO: F ( ) M ( )	Nº do Prontuário	Data 31/03/2020	
Bloco: A	Enfermaria: 107	Leito: 01	Nº da Sala 01	Circulante de Sala: Olegaria   Riomar de		
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Fim de Stimmann						

#### Dados dos materiais/Serviço

MÉDICO CIRURGÃO: Bruno Figueiredo 1º AUXILIAR: Walter Wintersen

## INSTRUMENTADOR-

**MÉDICO CIRURGÃO:** \_\_\_\_\_ **1º AUXILIAR:** \_\_\_\_\_

#### INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONT

ME  
Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Fone: (0995) 2121 0837  
E-mail: [me-hgr@pop.com.br](mailto:me-hgr@pop.com.br)





## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

#### ANTES DA INCISÃO

Anestesista D. Wilson D. J. Andrade

Nome D. Wilson Wilson Brumal Dut  
Responsável Cirúrgico

### ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

#### PACIENTE CONFIRMOU:

Identidade  
 Sítio Cirúrgico

Procedimento  
 Consentimento  Sim  Não

#### RISCO CIRÚRGICO

Aplica  Não se Aplica  
 Sim  Não  Não se Aplica

#### VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMIMENTO 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 SANGUÍNEA > 500 ml

Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos  
Data 21/09/2020 Assinatura Andrade Hora: 16:27

### ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

### SAÍDA (Sala Pós Operatoria)

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

#### 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

Sim  Não

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

Sim  Não  Não se Aplicam

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

Sim  Não  Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

Sim  Não

O CIRURGIAO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Sim  Não  Não se Aplica

Rebelo Rebelo  
Médico Médico  
Cirúrgico Cirúrgico

Assinatura e Carimbo

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

Sim  
 Não se aplica

Hora: \_\_\_\_\_  
Assinatura Andrade Hora: 16:27

Data 21/09/2020 Assinatura Andrade Hora: 16:27

## HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

27/03/02

PACIENTE: BRUNA WILSON

AGNÓSTICO

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

DATA

31/03/2020

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

SND

2 ACESSO VENOSO PERIFERICO

Manter

3 SF 0,9% 500ML EV S/N

SN

4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H

20.00-08.00 10

5 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

06

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

22.00-06.00 14

9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

SN

10 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H

S

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

S

12 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMHG

SN

13 SSVV + CCGG 6/6 H

Manter

14 CURATIVO DIÁRIO

M

15 CEFALOTAXIMA Ag(+) 0,250 0,125

24: 12

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;  $\geq 400$ : 10 UI E OU GLICOSE  $\leq 70$  DML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIATÓTICO, ANICRÉTICO, 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	110/69	79	36,2

Bruno Vieira

CRM 1231 RR

Médico Residente

Ortopedia e Traumatologia

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obra: medicas e SSVV  
 PA = 101/59  
 FC = 71  
 T = 36°C  
 realizada c.p.m  
 Marizelina Sampaio Ferreira  
 COREN-RR 754419-TE



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

*Eu* Bryan Wilson

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

Boa Vista, 01 de April de 20 20.

Assinatura do paciente: Alice Wilson

Responsável:

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

Nome \_\_\_\_\_

CPFnº: \_\_\_\_\_

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

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

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

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

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

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

*Mr. Anderson P. Silveira*  
Médico e Traumatólogo  
CRM-RR 1733 RQE 575



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

107-1  
B1 A

DATA: 30/03/20

PACIENTE: Bruna Wilson

DN: 23/03/01

DIAGNÓSTICO(S): fx femin

DIH:   /  /  

KANBAM:    Dieta:   

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

Leuc:    Seg:    Plaquetas:   

Na:    K:    Ca:    Cl:   

HCO<sub>3</sub>:    PH:    BE:    PO<sub>2</sub>:    PCO<sub>2</sub>:   

EAS:   

CULTURAS (  /  /  ):   

IMAGEM:   

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

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

Cl:    HCO<sub>3</sub>:    PH:    BE:    PO<sub>2</sub>:    PCO<sub>2</sub>:   

EAS:   

IMAGEM:   

ANTIBIÓTICO

USADO:   

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:   

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:   

TERAPIA INSTITUÍDA:   

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Procedimento agendado para amanhã (31/03) RMS + fricar  
exames em onzo

Boa Vista, 30 de Març de 2021 Hora:   

Dr. Leonardo Rabelo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1715 RQE 014

CRM 1715 / PR

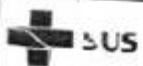
Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura e Carimbo do Médico

Dra Magda N. M. Mello  
Unica Médica  
CRM-PR 544/PR

CRM   /

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR2 - CNES  
231965-94 - CNES  
231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
BRAIN WILSON6 - N.º DO PRONTUÁRIO  
001784507 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
8980058707085938 - DATA DE NASCIMENTO  
27/10/20019 - SEXO  
1 - Masculino10 - RACA / COR  
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE  
ALICIA WILSON

12 - FONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL  
BRAIN WILSON

14 - FONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)  
RUA: VILA DO PASSARAO - SN ..17 - COD. IBGE MUNICÍPIO-18 - UF-19 - CEP  
140010 RR16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
BOA VISTA

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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVO

31 - DOCUMENTO

32 - N.º DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

31/03/2020

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

36 -  ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 -  ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 -  ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

 EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - N.º DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DOCUMENTO

 CNS CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



altas: 07/05/2020

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

2 - CNES

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE  
BRAIN WILSON

6 - N° DO PRONTUÁRIO  
178950

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
898005870708593

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/10/01

9 - SEXO

Masc

Fem

3

10 - RACA/COR

Panda

11 - NOME DA MÃE  
ALICE WILSON

12 - FONE DE CONTATO  
Nº DO FONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTATO  
Nº DO FONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE MASCULINO, 18 ANOS, SEM COMORBIDADES, COM FX EM FEMUR D, COM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AGENDADO PARA O DIA 14/04/2020.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

EX CLINICO - COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDARIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

ORTOPEDIA

CNS

CPF

9 4 1 8 1 4 6 2 2 3 4 - - - - -

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAYNNE BEZERRA MAGALHÃES

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO-35-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)-

10 / 04 / 2020

Jayne Bezzera Magalhães  
Médica

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

39 - CNPJ DA SEGUROADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

CNS  CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



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

BRAIN WICSON

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO  
27/10/2001

9 - SEXO  
Masc.  1

Fem.  3

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - FONE DE CONTATO  
Nº DO FONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

14 - FONE DE CONTATO  
Nº DO FONE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com Fx Fratura

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS sem

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

exame clínico + imagem

23 - DIAGNÓSTICO INCIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Don dasdhi

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL  
MÉDICO REGISTRA DO CONSELHO  
Ortopedias e Traumatologias  
CRM - 11.038

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURODORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÉCNICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADOR

47 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) AUTÔNOMO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

-AUTORIZAÇÃO-

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019 → 1023

48 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA  
HOSPITAL DE CAMPAÑHA CANARINHO

# HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

SETOR:	ENF:06	LEITO: 52	DN: 27/10/01	DIH: 10/04/2020
NOME DO PACIENTE: BRAIN WILSON				
HD: FX DE FEMUR D				
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO		
10/04/2020	DIETA ORAL livre	SVV		
	AVP	10h - 16h - 22h		
	TRAMAL 100MG + SF0,9%100ML EV 8/8h	SVV		
	Omeprazol 40mg EV ou VO 1x dia	SVV		
	DIPRONA 1G EV 6/6 HORAS SN	SVV		
	ONDANSETRONA 8MG EV ou VO 8/8 HORAS SN	SVV		
	Dextro de 6/6h	SVV		
	Correção de glicemia conforme tabela ao lado	SVV		
	CAPTOPRIL 25MG ICP SE PAS> 160mmHg e/ou PAD 110mmHg	SVV		
	SSVV + CCGG	SVV		
	CURATIVO DIÁRIO	SVV		

Obs: Tivocodas MP,  
mse, felas 20.  
T.E: Portionas

mention products

views of yo

EVOLUÇÃO: PACIENTE MASCULINO, 18 ANOS, SEM COMORBIDADES, COM FX EM FEMUR D, COM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AGENDADO PARA O DIA 14/04/2020.	CONDUTA: SUPORTE CLÍNICO	<b>ESQUEMA DE INSULINA REGULAR</b>		
Até 200: 0	301 - 350: 06 UI			
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI			
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI Chamor Phantomista			
<b>GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia &lt; 70 mg/dL</b>				
<b>REGISTRO DE ENFERMAGEM</b>				
<b>SINAIS VITAIS</b>				
Horário	06h	11h	17h	23h
<b>PA</b>	108/74			100/80
<b>FC</b>	82			78
<b>Tax</b>	36,5°C			36,2°C
<b>FR</b>	19			20
Evacuação	-			-
Diurese	+			+
Dextro				
<b>Insulina Regular</b>				
<b>SNG</b>				
<b>Dreno</b>				

# HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

Ex:

Leito 53

SETOR:	ENF:	LEITO:	53	DN:	30/10/70	DH:	HC:
<b>NOME: DARIO HENRIQUE MONTERO</b>						<b>DI Canarinho:</b>	<b>11/04</b>
<b>HD: FRATURA DE COLO DE FEMUR ESQ</b>							
DATA/HORA		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO		SND	
11/04/2020		1. DIETA ORAL LIVRE		MANTER		Até 200: 0	301 - 350: 06 UI
22:45		2. AVP				201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI
		3. SF0,9% 500ML EV ACM		ACM		251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI Chomor Pantostato
		4. Omeprazol 40mg EV ou VO 1x dia		0677			
		5. DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS					
		6. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8H EV SN		SN			
		7. ONIDANSETRONA 8MG EV ou VO 8/8 HORAS SN		SN			
		8. TILATIL 20MG EV 12/12H					
		9. CAPTOPRIL 25MG 1CP SE PAS > 160mmHg e/ou PAD 110mmHg		SN			
		10. SSVV + CCGG + DEXTRO 6/6h		ROTINA	06h	11h	17h
		11. Correção de glicemia conforme tabela ao lado		ATENÇÃO	PA	19c/50	4c/40c
					FC		
					Tax	35%	37%
					FR	20	26
					Evacuação		
					Diurese		
					Dextro	155.	140mg/d
					Insulina		
					Regular		
					SNG		
					Dreno		

EVOLUÇÃO: RECEBO PACIENTE ENCAMINHADO DO HGR COM DX DE FRATURA DE FEMUR APÓS AGRESSÃO FÍSICA. NO MOMENTO, ESTÁVEL. E SEM QUEIXAS. NEGA COMORBIDADES.
PEND: AGUARDA CONDUTA PELA ORTOPEDIA. CONDUTA: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR			
Até 200: 0			301 - 350: 06 UI
201 - 250: 02 UI			351 - 400: 08 UI
251 - 300: 04 UI			> 401: 10 UI Chomor Pantostato

REGISTRO DE ENFERMAGEM			
DATA/HORA		SINAIS VITais	
Horário			
PA	19c/50		
FC			
Tax	35%		
FR	20		
Evacuação			
Diurese			
Dextro	155.		
Insulina			
Regular			
SNG			
Dreno			

*Dra. Catarina  
Madruga  
2150  
CAMPANHA CANARINHO*

*29/04/2020 - adm.med-epm: afeudo s/s/su.  
segue ao leudado  
Enfermagem - Maria Antonia Costa  
Aux de Enfermagem  
Café - nº 249294*



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

maria 06  
 leito 52.

L 52

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE		BRAIN WILSON		
DIAGNÓSTICO		FX FEMUR D		
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	52	DATA
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 500MG VO 6/6H 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				12 24
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H			8 16 24
12	CURATIVO DIÁRIO			ROTINA
13				
14				
15				
16				
17				
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 DM/ML.  
 GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA  
 23

EVOLUÇÃO MÉDICA:	
------------------	--

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP		Bruno Vieira CRM 1231 RR Médico Residente Ortopedia e Traumatologia
6 H	100+ 60	77		36		
12 H	100X 60	89		36,5c		
18 H	100X 70			36,2c		
24 H	100+ 60	80		36,1		

Diurese +  
 evacuacões

8h post náuico, orientado  
 palavras, respirando em  
 ambiente. AVP em MSE sem  
 sinal de rinas flogísticas.  
 É bom a dieta, nega queixas  
 nas unhas de ent. TE RORAIMA

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

157

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE		BRAIN WILSON		
DIAGNÓSTICO		FX FEMUR D		
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	52	DATA
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM			ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA			(6)
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn			SN <del>6</del>
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				12 24
11	SIMECONA 40GTS VO 8/8H			8 16 24
12	CURATIVO DIÁRIO			ROTINA
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

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

A farmácia não  
disponibiliza

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

CIRURGIA MARCADA P DIA 14/04

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	10x70	79	14	36,5	
12 H	110x70	80	19	36,5°C	
18 H	100x60	81	20	36,8°C	
24 H	110x70	78	20	36,6°C	

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

35: Às 18:00 o paciente no leito e não tem medicamentos  
intravenosos exceto o item 11. ~~12h~~ ~~12h~~ intercorrência e segue as  
medidas de enfermagem ~~10x10cm~~ //

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo nº 1  
Paciente: Bruna Alves Moysés  
Leito: 59  
Versão:08  
Elaborada: 02/2013  
Atualizada: 12/2018

Data: 12/10/2020

Localização		Região: <u>Abdômen</u>	Região:	Região: <u>Abdômen</u>
Etiologia	<p>( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular</p> <p>( ) Trauma: <u>Fixação</u> ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia</p> <p>( ) Outro:</p>	<p>Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/></p> <p>( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular</p> <p>( ) Trauma: <u>Fixação</u> ( ) Fixador Externo ( ) Outro:</p>	<p>Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/></p> <p>( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular</p> <p>( ) Trauma: <u>Fixação</u> ( ) Fixador Externo ( ) Outro:</p>	<p>( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular</p> <p>( ) Trauma: <u>Fixação</u> ( ) Fixador Externo ( ) Outro:</p>
Aparência do Leito	<p>( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização</p> <p>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros</p>	<p>( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização</p> <p>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros</p>	<p>( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização</p> <p>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros</p>	<p>( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização</p> <p>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros</p>
Pele Perilesional	<p>( ) Normal ( ) Macerado <input checked="" type="checkbox"/> Seca ( ) Eritema / Rubor</p> <p>( ) Outro:</p>	<p>( ) Normal ( ) Macerado <input checked="" type="checkbox"/> Seca ( ) Eritema / Rubor</p> <p>( ) Outro:</p>	<p>( ) Normal ( ) Macerado <input checked="" type="checkbox"/> Seca ( ) Eritema / Rubor</p> <p>( ) Outro:</p>	<p>( ) Normal ( ) Macerado <input checked="" type="checkbox"/> Seca ( ) Eritema / Rubor</p> <p>( ) Outro:</p>
Quantidade de Exsudato	<p>( ) Púrpulo ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco</p> <p>( ) Outro:</p>	<p>( ) Púrpulo ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco</p> <p>( ) Outro:</p>	<p>( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco</p> <p>( ) Outro:</p>	<p>( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco</p> <p>( ) Outro:</p>
Solução de Limpeza	<p>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%</p>	<p>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%</p>	<p>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%</p>	<p>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%</p>
Cobertura primária	<p>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel</p> <p>( ) Outro: <u>Colagenase/Fibrinase</u></p>	<p>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel</p> <p>( ) Outro: <u>Colagenase/Fibrinase</u></p>	<p>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel</p> <p>( ) Outro:</p>	<p>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel</p> <p>( ) Outro:</p>
Troca	<p>( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h</p>	<p>( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h</p>	<p>( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h</p>	<p>( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h</p>
Profissional que realizou procedimento:	<p><u>Lanissa Alves Moysés</u> Técnica em Enfermagem OAB/RR 174.428 - T COMENAR 802</p>	<p><u>Edonilde Vieira Araújo</u> Técnica em Enfermagem OAB/RR 174.428 - T COMENAR 802</p>	<p><u>Edson Carvalho Góes</u> Enfermeira OAB/RR 483.579-ENF</p>	<p><u>Silvânia Pachá F. da Silveira</u> Enfermeira OAB/RR 483.579-ENF</p>
Observações:				

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

52

DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE **BRAIN WILSON**

DIAGNÓSTICO

**FX FEMUR D**

ALERGIAS

IDADE

ÍTEM

HAS  
LEITO  
PRESCRIÇÃO

NEGA  
52

DM2  
DATA

NEGA  
13/4/2020

HORÁRIO

OBSERVAR

MANTER

ACM

16:45

SN

SN

SN

SN

ROTINA

16:24

ROTINA

12

13

14

15

16

17

19

20

Dr. Bruno Vieira  
CRM 1294/ROR

13 ABR. 2020

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

23

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CIRURGIA MARCADA P DIA 14/04

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP		
6 H	130x80	70		36,5		
12 H	120x70	75		36,0		
18 H	123x62	81	-	36,5		
24 H	130x70	85		36,2		

Brain Wilson de Olmedo  
Tbc. Entalhagem  
2019-04-13 07:17:17

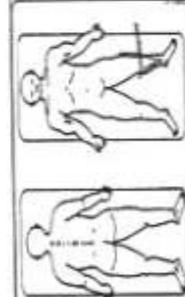
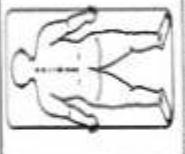
12:00h: jtu 10 moçes ferem no sítio  
sint. rru. f/ codos

mais go lastre  
externo B-  
fuxion. acido  
35 UV

18h p681 2400 SSVV + CCGG

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 <b>HGR</b> Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – <b>HGR</b>	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <b>Braim Willson</b>	Leito: 52	Data: 13/04/2020	

Localização			Região: <b>M 1 D</b>	Região: _____	
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Eritema/Nefrite <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Queimadura ( <input type="checkbox"/> ) Cirurgia ( <input type="checkbox"/> ) DM ( <input type="checkbox"/> ) Vascular ( <input type="checkbox"/> ) Trauma: <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( <input type="checkbox"/> ) Eritema/Nefrite ( <input type="checkbox"/> ) Granulação ( <input type="checkbox"/> ) Epitelização ( <input type="checkbox"/> ) Ferida Fechada ( <input type="checkbox"/> ) Dreno/Sonda ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	
Tipos de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Sanguinolento ( <input type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( <input type="checkbox"/> ) Seco ( <input type="checkbox"/> ) Purulento ( <input type="checkbox"/> ) Seroso ( <input type="checkbox"/> ) Sanguinolento ( <input type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( <input type="checkbox"/> ) Seco ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado ( <input type="checkbox"/> ) Úmido ( <input type="checkbox"/> ) Seco ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	
Solução de Limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Clorexidina 0,9% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( <input type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( <input type="checkbox"/> ) Álcool 70% ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> ) Hidrogel ( <input type="checkbox"/> ) Gaze ( <input type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> ) Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> ) Hidrogel ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze ( <input type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> ) Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> ) Hidrogel ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze ( <input type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> ) Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> ) Hidrogel ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> 12/12 ( <input type="checkbox"/> ) Diário ( <input type="checkbox"/> ) 48/48h ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	
Profissional que realizou procedimento:	Maria de Lourdes N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709	Monica Reis Faras Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554	Jucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554	Elizete Gomes de Andrade Grau de Enfermagem COREN-RR 453.554	
Observações:					

52

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

DATA DE ADMISSÃO					DN
PACIENTE		BRAIN WILSON			
DIAGNÓSTICO		FX FEMUR D			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	14/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				• 6
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H 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	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				WT 8/16/24 NTF
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
21					
22					
23					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	110/60	75		36.4°C	
12 H	98/60	78		35.2°C	
18 H	110/70	75	-	36.4°C	
24 H	130/80	75		36.4°C	

✓. Lail do Santos da Silva  
já assistente em Ortopedia e Traumatologia  
CMM-RR 2015

Lucineide A. Lima  
Téc. em Enfermagem  
CMM-RR 866.340 TE

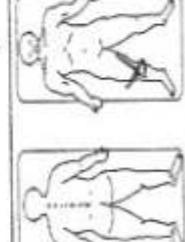
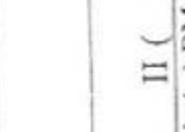
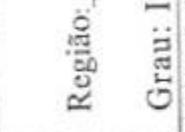
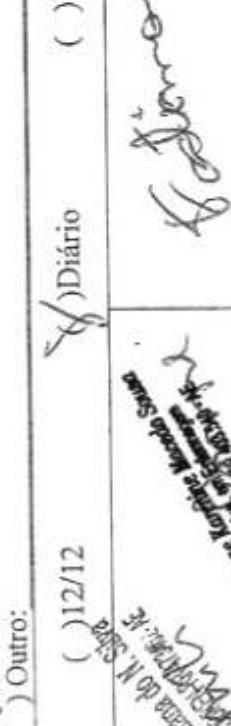
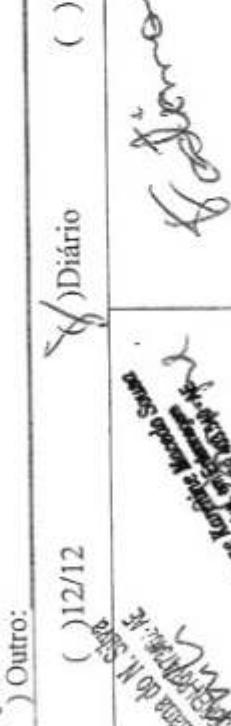
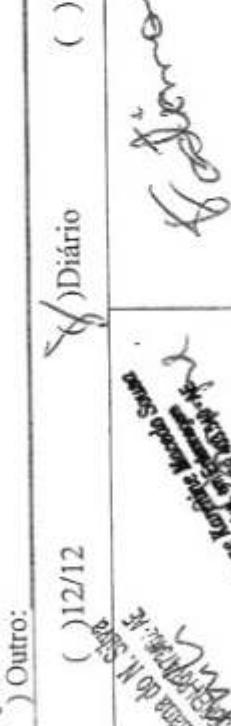
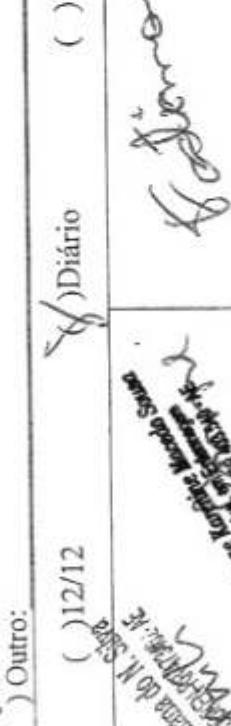
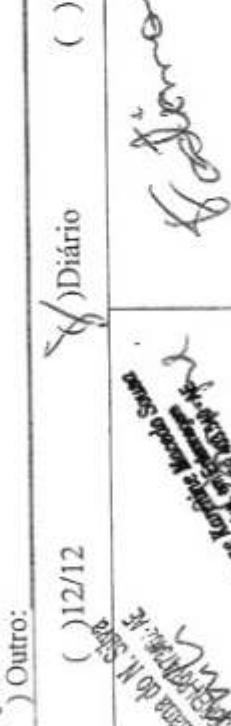
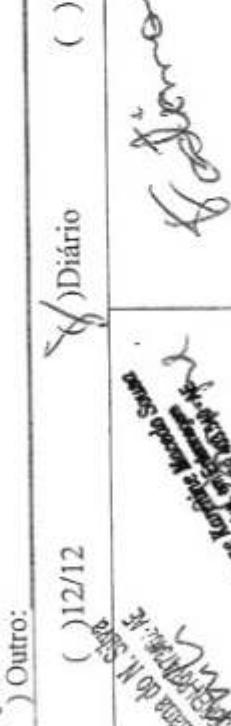
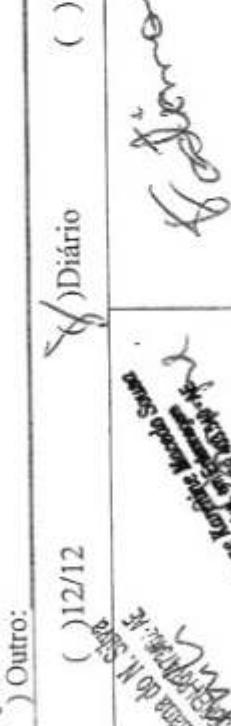
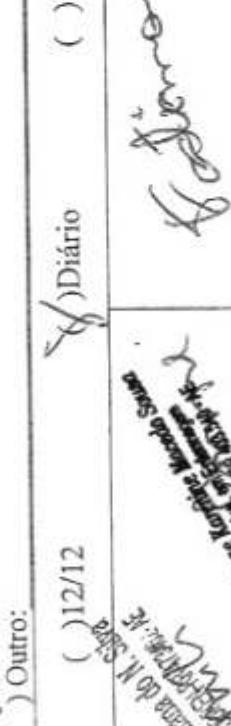
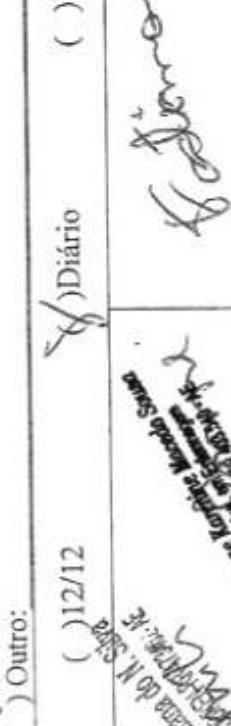
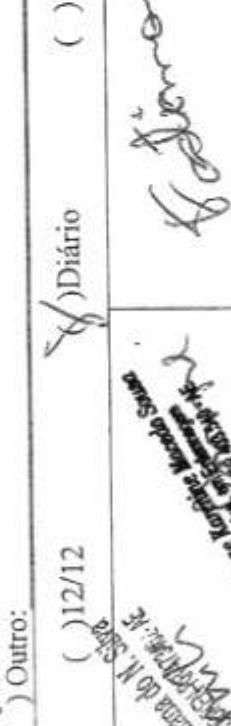
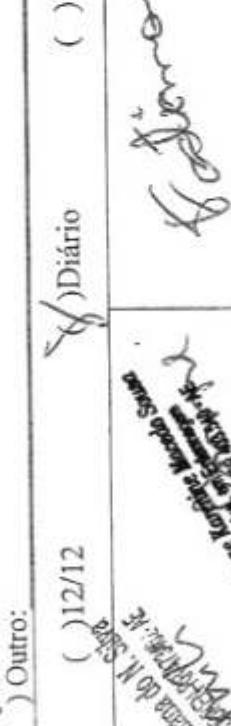
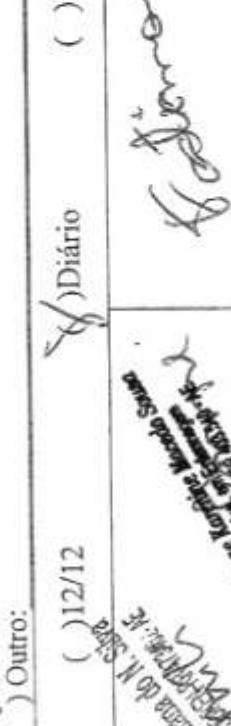
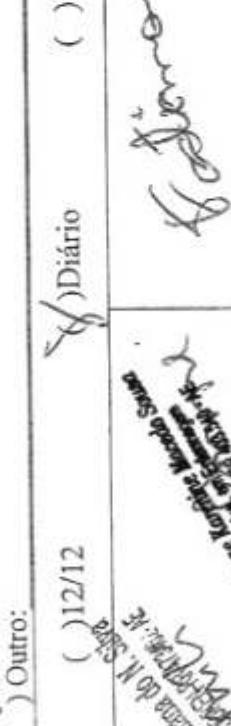
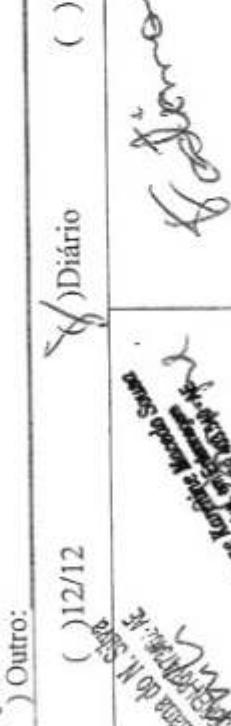
12/04/2020 11h mais frio no Sétor  
Sexta, 12h diariamente

13/04/2020 Paciente no leito realizando  
S3 V.U. Paciente em quinta unidade  
Presente: \_\_\_\_\_

Adm. medicas 09h11h.  
Paciente 11 que fizer, 12h  
estando no período.

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 <b>HGR</b> Hospital Geral de Ribeirão	<b>Núcleo de Enfermagem em</b> <b>Tratamento de Feridas –</b> <b>HGR</b>	<b>Protocolo nº 1</b>	<b>Versão:08</b>	<b>Atualizada: 2/2020</b>
<b>Paciente:</b> <u>Yanin</u> <u>U. Yam</u>		<b>Leito:</b> <u>52</u>		<b>Data:</b> <u>14/04/2020</u>

Localização	Região:	Região:	Região:	Região:
				
<b>Etiologia</b>	<b>Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )</b> ( <input type="checkbox"/> ) LPP I II III IV ?* ( <input type="checkbox"/> ) Queimadura ( <input type="checkbox"/> ) Cirurgia ( <input type="checkbox"/> ) DM ( <input type="checkbox"/> ) Vascular ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Trauma : <u>Q Tração</u> <u>Fixador Externo</u> ( <input type="checkbox"/> ) Ortopedia ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	<b>Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )</b> ( <input type="checkbox"/> ) Queimadura ( <input type="checkbox"/> ) Cirurgia ( <input type="checkbox"/> ) DM ( <input type="checkbox"/> ) Vascular ( <input type="checkbox"/> ) Trauma : <u>Q Tração</u> <u>Fixador Externo</u> ( <input type="checkbox"/> ) Ortopedia ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	<b>Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )</b> ( <input type="checkbox"/> ) Necrose: Amarela/Negra ( <input type="checkbox"/> ) Esfacelo ( <input type="checkbox"/> ) Granulação ( <input type="checkbox"/> ) Epitelização ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ferida fechada ( <input type="checkbox"/> ) Dreno/ Sonda ( <input type="checkbox"/> ) Outros	<b>Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )</b> ( <input type="checkbox"/> ) Necrose: Amarela/Negra ( <input type="checkbox"/> ) Esfacelo ( <input type="checkbox"/> ) Granulação ( <input type="checkbox"/> ) Epitelização ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ferida fechada ( <input type="checkbox"/> ) Dreno/ Sonda ( <input type="checkbox"/> ) Outros
<b>Aparência do Leito</b>	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seca ( <input type="checkbox"/> ) Outros ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Macerado ( <input type="checkbox"/> ) Eritema / Rubor ( <input type="checkbox"/> ) Normal ( <input type="checkbox"/> ) Macerado ( <input type="checkbox"/> ) Seca ( <input type="checkbox"/> ) Eritema / Rubor ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seca ( <input type="checkbox"/> ) Outros ( <input type="checkbox"/> ) Purulento ( <input type="checkbox"/> ) Seroso ( <input type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( <input type="checkbox"/> ) Seco ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	( <input type="checkbox"/> ) Seco ( <input type="checkbox"/> ) Molhado ( <input type="checkbox"/> ) Úmido	( <input type="checkbox"/> ) Seco ( <input type="checkbox"/> ) Molhado ( <input type="checkbox"/> ) Úmido
<b>Pele Perilesional</b>	( <input type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Cloroxidina 2% ( <input type="checkbox"/> ) Álcool 70%	( <input type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input type="checkbox"/> ) Cloroxidina 2% ( <input type="checkbox"/> ) Álcool 70%	( <input type="checkbox"/> ) Gaze ( <input type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> ) Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> ) Hidrogel ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	( <input type="checkbox"/> ) Gaze ( <input type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> ) Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> ) Hidrogel ( <input type="checkbox"/> ) Outro:
<b>Quantidade de Exsudato</b>	( <input type="checkbox"/> ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( <input type="checkbox"/> ) 48/48h	( <input type="checkbox"/> ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( <input type="checkbox"/> ) 48/48h	( <input type="checkbox"/> ) 12/12 ( <input type="checkbox"/> ) Diário	( <input type="checkbox"/> ) 12/12 ( <input type="checkbox"/> ) Diário
<b>Solução de Limpeza</b>				
<b>Cobertura primária</b>				
<b>Troca</b>				
<b>Profissional que realizou procedimento:</b>				
<b>Observações:</b>				

52

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

DATA DE ADMISSÃO | DN

PACIENTE **BRAIN WILSON**

DIAGNÓSTICO **FX FEMUR D**

ALERGIAS | HAS | NEGA | DM2 | NEGA

IDADE | LEITO | 52 | DATA | 15/4/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	6, <i>deux doses</i>
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H 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	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	16
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H	MP 8/16/24
12	CURATIVO DIÁRIO	ROTINA
13		
14		
15		
16		
17		
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 GLUCOSE < 70 DL/ML. GLUCOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	
23		

Evolução MÉDICA:

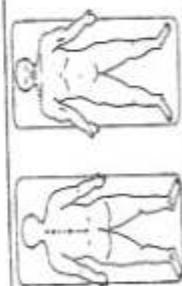
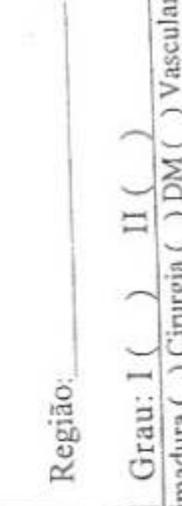
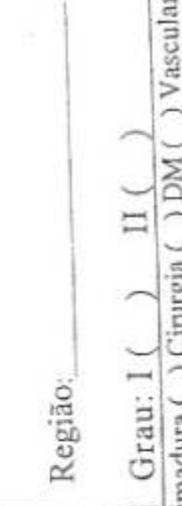
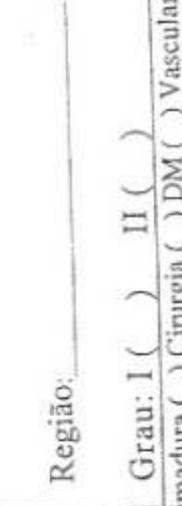
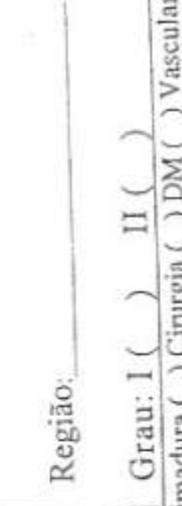
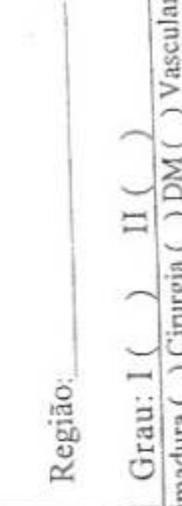
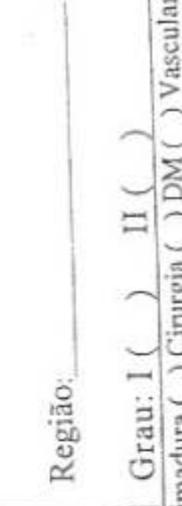
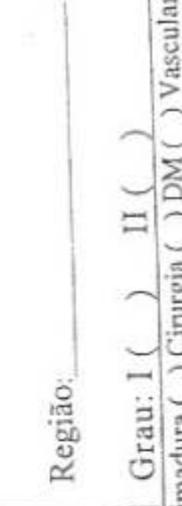
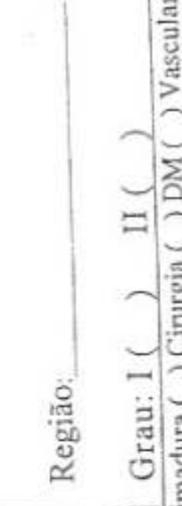
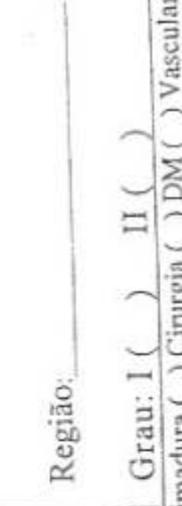
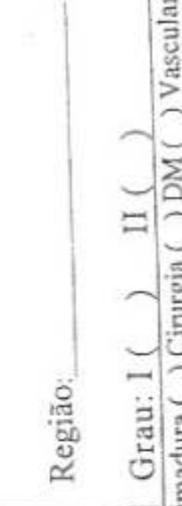
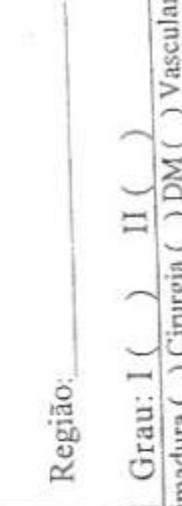
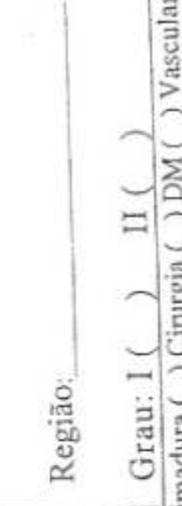
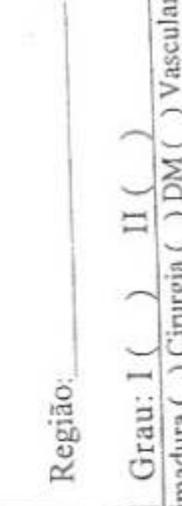
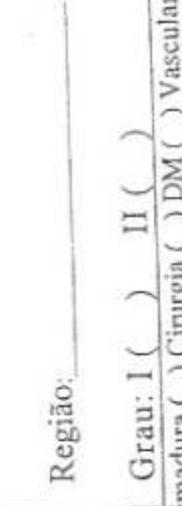
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	130x90	78		36,4	
12 H	117x77	-	-	36,4	
18 H	123x70	80		36,5	
24 H	160x10	73		36,3	

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

11. Recalente no leito, verificado SIVV  
não ter o intubado em gástricos. ana-Roraima.

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 <b>HGR</b> Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <i>Braim Nihou</i>	Leito: 52	Data: 15 / 04 / 2020	

 <b>Localização</b>		 <b>Região: Perna Direita</b>		Região: <i>Perna Direita</i>
 <b>Etiologia</b>		 <b>Grau: I (X) II ( )</b>		Grau: I ( ) II ( )
 <b>Apresenta do Leito</b>		 <b>Grau: I (X) II ( )</b>		Grau: I ( ) II ( )
 <b>Pele Perilesional</b>		 <b>Grau: I (X) II ( )</b>		Grau: I ( ) II ( )
 <b>Quantidade de Exsudato</b>		 <b>Grau: I (X) II ( )</b>		Grau: I ( ) II ( )
 <b>Solução de Limpeza</b>		 <b>Grau: I (X) II ( )</b>		Grau: I ( ) II ( )
 <b>Cobertura primária</b>		 <b>Grau: I (X) II ( )</b>		Grau: I ( ) II ( )
 <b>Troca</b>		 <b>Grau: I (X) II ( )</b>		Grau: I ( ) II ( )
<b>Profissional que realizou procedimento:</b> Adonil de Oliveira Mota Técnica em Enfermagem COREN-RR 607 793TE		<b>Observações:</b> Biseleira, Carvalho, Gotaudo Garrafa de Faringe Tratamento de Feridas COREN-RR 1.147.428 - 11 COREN-RR 579-ENF		

52

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

DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE		BRAIN WILSON			
DIAGNÓSTICO		FX FEMUR D			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	16/4/2020
ÍTEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6h
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN 12/18
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	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				18
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				8/16/24
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
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				
22					
23					

Evolução MÉDICA:

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100/70	75		36,0°C	
12 H	100/60	80		36,5°C	
18 H					
24 H	100/65	90		36,5°C	

Dr. Leal do Santos da Silv  
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2015

gas 3/3 hs  
pac mantendo fraca. Não foi administrado  
medicaca das 8hs pq que não tem  
na farmacia Tli *Reservado*



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

PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE <b>BRAIN WILSON</b>					
DIAGNÓSTICO		<b>FX FEMUR D</b>			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	17/4/2020
ÍTEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H 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	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				NTF (8) 16 (24)
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
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 GLUCOSE >70 DL/ML OU COSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
22					
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

farmacia não  
disponibiliza

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

SINAIS VITÁPA	FC	FR	TEMP		
6 H	130x70	75	36,8		
12 H	120x70	68	36,2		
18 H	130/90	96	36,4		
24 H	120x80	84	36,8		

12:00h. Ofereci SSUV. Item 11. não tem na  
farmacia.

13:00 as 19: Gdm. med. CRM+SSUV +  
audífonos de aspirina

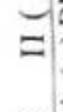
EVOLUÇÃO DO CURATIVO

THEORY OF THE STATE

HGR

Leicht: Baum wilde  
Leito: 5

Data: 19/04/2020

Localização	 	Região: <b>M.E.D</b>	<input checked="" type="checkbox"/> I ( ) <input checked="" type="checkbox"/> II ( )	Grau: I ( ) <input checked="" type="checkbox"/> II ( )	Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular		<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular		
	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma : _____		<input checked="" type="checkbox"/> Trauma : _____		
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____		
	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Estraçal ( ) Granulação ( ) Epitelização		<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Estraçal ( ) Granulação ( ) Epitelização		
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____		<input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____		
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor		<input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor		
Tipo de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____		
	<input checked="" type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco		<input checked="" type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco		
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____		
	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido		<input checked="" type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido		
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Seco		<input checked="" type="checkbox"/> Seco		
	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____		
	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel		
Trocá	<input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 12/12		<input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 12/12		
	<input checked="" type="checkbox"/> 48/48h		<input checked="" type="checkbox"/> 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	 <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgião ( ) Enfermeiro ( ) Fisioterapeuta ( ) Técnico de enfermagem ( ) Outro _____		 <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgião ( ) Enfermeiro ( ) Fisioterapeuta ( ) Técnico de enfermagem ( ) Outro _____		
Observações:					

### Observações:

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

52

DATA DE ADMISSÃO		DN			
PACIENTE		BRAIN WILSON			
DIAGNÓSTICO		FX FEMUR D			
ALERGIAS	NÃO	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	18/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H 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	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				18
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				8 15 (24)
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
21					
22					
23					

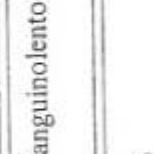
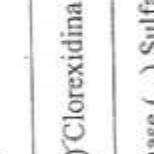
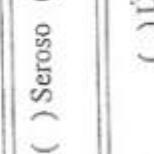
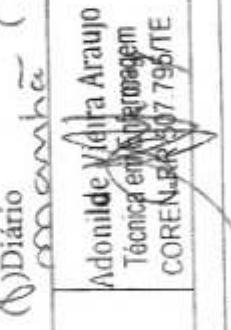
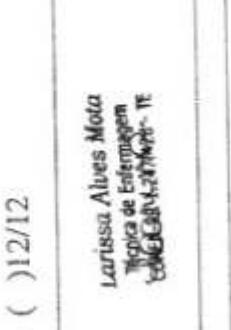
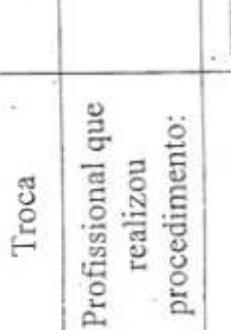
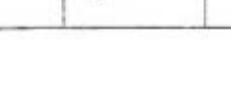
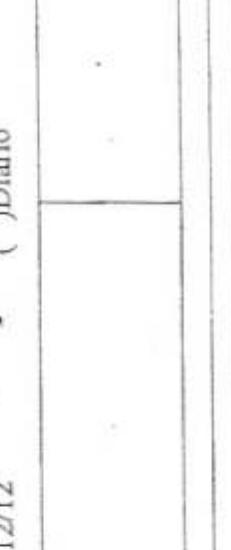
EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100x83	72	-	35,5°C	
12 H	100/70	73	23	36,1°C	
18 H	100/70	78	20	36,2°C	
24 H	105x72	68	-	36,2°C	

Dr. *Leandro Santos da Silveira*  
 Residente em Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 2015

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
<b>Paciente:</b> <u>Brayan Willian</u>		<b>Leito:</b> <u>6.52</u>		<b>Data:</b> <u>18 / 04 / 2020</u>	

<b>Localização</b>		<b>Região:</b> <u>M, D</u>	<b>Região:</b> _____		
<b>Etiologia</b>	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<b>Grau:</b> I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<b>Grau:</b> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>		
<b>Aparência do Leito</b>	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Isca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros		
<b>Pele Perilesional</b>	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Isca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		
<b>Quantidade de Exsudato</b>	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		
<b>Solução de Limpeza</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		
<b>Cobertura primária</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Diário  <input type="checkbox"/> Diário 	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário		
<b>Troca</b>	<input type="checkbox"/> 12/12	<input checked="" type="checkbox"/> Diário 	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário		
<b>Profissional que realizou procedimento:</b>	Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem Sistêmica de Enfermagem COREN-RR 07 7957TE	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 07 7957TE	   		
<b>Observações:</b>					

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

DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE		BRAIN WILSON			
DIAGNÓSTICO		FX FEMUR D			
ALERGIAS	NÃO	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	19/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H 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	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				8.16.24
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

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

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP		
6 H	110/80	63	21	36 <sup>2</sup>	Jaéa de Almeida Paixão Filh. Técnico de Enfermagem Coron/RR 001.033.751-TE	
12 H	170x80			36 <sup>8</sup>		
18 H	180x100	91		36 <sup>2</sup>		
24 H	110/60	74	23	36 <sup>9</sup>		

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

52

DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE <b>BRAIN WILSON</b>					
DIAGNÓSTICO		<b>FX FEMUR D</b>			
ALERGIAS	NÃO	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	20/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H 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	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16/04/2020
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				8/16/2020
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
23	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

Evolução médica:

CIRURGIA 24/4 MANHÃ

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100x60	74		36°C	
12 H	143x90	70		35.9°C	
18 H	120/80	72		36.1°C	
24 H	110x70	68		36°C	

Dr. Leonardo Santos da Silveira  
Técnico em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2015

18h. Ajudado SSW, admis-  
mistração medicina e.p.m, segue nos enid-  
des. Jacqueline Maria de Aguiar  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 54597-TF

Dr. Leonardo Santos da Silveira  
Técnico em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2015

Dr. Rainha Marcella de S. Campello  
Tec. Enfermagem  
COREN-RR 903.942 - TE

Dionides Peixoto Silva  
COREN-RR 799.581 - TE



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

DATA DE ADMISSÃO | | | | DN |

PACIENTE | **BRAIN WILSON**

DIAGNÓSTICO | **FX FEMUR D**

ALERGIAS	NÃO	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	21/4/2020

ÍTEM	PREScriÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	16
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H 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	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	16
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H	8/26/24
12	CURATIVO DIÁRIO	ROTINA
13		
14		
15		
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	
22		
23		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

**CIRURGIA 24/4 MANHÃ**

João de Almeida  
Técnico de Enfermagem  
CRM/RR 001.222

Lael Silva (Res Ortop)  
CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)  
CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)  
CRM/RR 3088

Bruno Vieira (Res Ortop)  
CRM/RR 1231

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	130x90	70		36
12 H	130x90	73		36c
18 H	130x90	81		36c
24 H	135x95	80		36.8

18h Aferido SSVV. ADM. as medicações CRM.  
paciente sem queixas, segue os cuidados  
de enfermagem!  
Assinatura: *Flávia Bezerra de Souza*  
Const. CRM/RR 510238-TE

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

 Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –


Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas –

HGR

 Paciente: Bruno W. C. S.

 Leito: E. 52

 Data: 21/04/2020

Localização	Região:	Região:	Região:
Etiologia	<p>Grau: I ( ) II ( )</p> <p>( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular</p> <p>( ) Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração — Fixador Externo ( ) Ortopedia</p> <p>( ) Outro:</p>	<p>Grau: I ( ) II ( )</p> <p>( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular</p> <p>( ) Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração — Fixador Externo ( ) Ortopedia</p> <p>( ) Outro:</p>	<p>Grau: I ( ) II ( )</p> <p>( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epiteliação ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros</p> <p>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros</p>
Aparência do Leito	<p>( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor</p> <p>( ) Outro:</p>	<p>( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor</p> <p>( ) Outro:</p>	<p>( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor</p> <p>( ) Outro:</p>
Pele Perilesional	<p>( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco</p> <p>( ) Outro:</p>	<p>( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco</p> <p>( ) Outro:</p>	<p>( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco</p> <p>( ) Outro:</p>
Quantidade de Exsudato	<p>( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco</p>	<p>( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco</p>	<p>( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco</p>
Solução de Limpeza	<p>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%</p>	<p>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%</p>	<p>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%</p>
Cobertura primária	<p>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel</p> <p>( ) Outro: <input checked="" type="checkbox"/> <del>espuma</del></p>	<p>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel</p> <p>( ) Outro:</p>	<p>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel</p> <p>( ) Outro:</p>
Troca	<p>( ) 12/12</p>	<p>( ) Diário <input checked="" type="checkbox"/> <del>anterior</del></p>	<p>( ) 12/12 ( ) 48/48h</p>
Profissional que realizou procedimento:	<p><u>Larissa Alves Mota</u></p> <p><u>Larissa Alves Mota</u></p> <p><u>Larissa Alves Mota</u></p>	<p>Adonilde Vieira Araujo</p> <p>Técnica de Enfermagem</p> <p>COREN-RR 507 795/TE</p>	<p>Gostado</p> <p>Enfermeira de Serviços</p> <p>Tratamento de feridas</p> <p>578-ENF</p> <p>Caren RR</p>
Observações:			

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

52

DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE <b>BRAIN WILSON</b>					
DIAGNÓSTICO		FX FEMUR D			
ALERGIAS	NÃO	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	22/4/2020
ÍTEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6:00
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H 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	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16:00
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				NTF 8:16/24 NTF
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML				
23	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

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

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

CIRURGIA 24/04 manhã

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2025

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

SINAIS VIT/PA	FC	FR	TEMP
6 H	110/73	69	35,4°C
12 H	128/82	68	36,6
18 H	129/84	76	36,9
24 H	120/77	7,5	36,7°C

Plantas molulias <sup>curas</sup> 2.  
Set aminado 100g, validade  
SSVV e midelast 500ml

330s 19hs  
Administrado medicacão <sup>de</sup> cp  
verificado SSVV.  
Sete (1) Não tem na far  
cia. - Tel. <sup>de</sup> Maria do Rosário A. Vilela  
Técnica Enfermagem  
CORENRR 158.431-TE



304-7

304-7

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PREScriÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE		BRAIN WILSON			
DIAGNÓSTICO		FX FEMUR D			
ALERGIAS	NÃO	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	23/4/2020
ITEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ZERO A PARTIR DAS 22H				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H 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	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				8 16 24
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15	AO HGR PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO AMANHÃ 24/04				
16	SOLICITO RESERVA DE SANGUE - 2 CH				
17					
19					
20					
22	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)				
23	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML				
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
**# EXAME FÍSICO:** BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS  
 CIRURGIA 24/04 manhã

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	120x77	71	18	36,6°C	
12 H	120x80	74		36,3°C	
18 H	110x70	70		36,0°C	
24 H	110x70	75	18	36,4°C	

12h → pt. no leito, sem queixas algicás, medicação com item (11), oferia SSVV, retirado AVP venoso, Tentado nova punção sem sucesso

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Técnico em Enfermagem

Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Técnico em Enfermagem

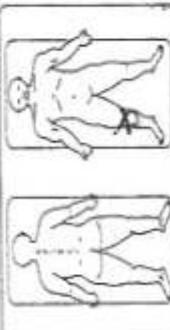
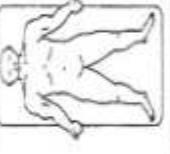
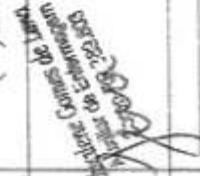
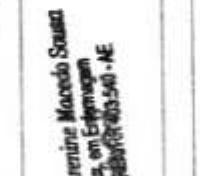
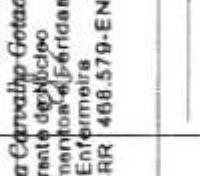
Eduardo Sá (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Técnico em

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

<b>HGR</b> Hospital Geral de Ribeirão Preto	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Paciente: B. Vitoria Wulson		Data: 23 / 04 /2023			
Leito: 52					

Localização		Região: <b>MFD</b>		Região:	
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>		Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	
Aparência do Leito	( ) Necrose; Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Outro:	( ) Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	( ) LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro:	( ) Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro:	
Pele Perilesional	( ) Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	( ) Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Outro:	( ) Necrose; Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Outro:	( ) Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Outro:	
Tipo de Exsudato	( ) Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Outro:	( ) Serosanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	( ) Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	( ) Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Outro:	
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro:	( ) Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	( ) Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Solução de Limpeza	( ) Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	( ) Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	( ) Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	( ) Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária	( ) Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	( ) Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	( ) Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	( ) Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	
Troca	( ) 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Outro:	( ) 48/48h <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Outro:	( ) 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Outro:	( ) 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Outro:	
Profissional que realizou procedimento:					
Observações:					

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE <i>Bruno Wilso</i>		6 - N° DO PRONTUÁRIO		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
				Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELÉFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP		
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura subtraumática de fíbula distal.</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>fratura emigração</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>radiografia = exame p/ fratura.</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura subtraumática de fíbula distal</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDARIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Ortoconcreto e fr subtraumática de fíbula distal</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Clínica</i>	28 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Ilanzen</i>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32-ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>24/04/2010</i> <i>Ilanzen</i>		
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>				
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOF
35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO	<i>24/04/2010</i>	<input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURO
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>24/04/2010</i>		44 - COD. ORGÃO EMISSOR <i>040805061-6</i>	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>→ 5722</i>	
45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>1/1</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	<i>SG</i>		



## BOLETIM OPERATÓRIO

Brain wld

Data: 24 Oct 2000 O.S

## DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: *Ortostatismo de origem*

TIPO DE INTERVENÇÃO: Ensaio

## MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

## DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. Pedro Lopes 1º AUXILIAR: Dr. T. G. Lopes

2º AUXILIAR: Dr. M. M. M. (R3) INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: 2 ANESTESIA:

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

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

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Naivé em DDT + Anestesia Geral + mao do lado
- ② Aspirino + Anticoagulante + campo exterior.
- ③ Interv. lateral + drenos por plana obs. visustigio de fratura.
- ④ Durante juntagem do fio "K" sob mao de intensificada o perfusão gaseosa quebrou, pedi os outros perfusões, tive que recorrer o perfurador com fio elétrico, a mao não roçou o fio de aço do DCS, tentando com a perfusão Stark, a mao com problema da o giro forte, também não roçou o fio.
- ⑤ Entro em contato com o médico da, e da mao entro em contato com a direção e conseguimos o perfurador de Hgital infantil.
- ⑥ O paciente ficou aguardando a chegada do perfurador, houve hipotensão durante 2 horas.



Brasim Wilson, 18 n

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº  
14/04/2010

ITEM	Nº 20	16 30 45				15 30 45				45 30 15				30 15 45				15 30 45							
		9	10	11	12	9	10	11	12	9	10	11	12	9	10	11	12	9	10	11	12				
ANEST	02	Síntese																							
ANEST	NOXOT	NOXOT																							
LÍQUIDOS	VENOSOS	P	V	U	F	V	F	R	A	B	F	V	F	V	R	S	F	F	F	S					
DA	X	240	500	500	500	500	500	250	250	150	300	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500				
ULSO	*	28	3.5	2.6	3.5	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6				
ANEST	X	34	180																						
OP	O	32	160																						
TEMP		30	140																						
ASPIR	A		120																						
RESP	O		100																						
			80																						
			60																						
			40																						
			20																						
Export:		CARTUCHO																							
Assist:		Assistente																							
Centro:		Centro Cirúrgico																							
SÍMBOLOS		X O																							
AGENTES		DOSES		TÉCNICA		ANOTACOES																			
A	Fentanil	300	ug	Anestesia geral Balanced		1 - CIRURGISTAS: Monitorização, ventiladores, drogas, monitorização, vias																			
B	ANEST	150	ug	sob IOT monitores em		2 - 02 sob monitorização																			
C	ANEST	50	ug	VNI com associação de CO2		3 - IOT sob monitorização direta																			
D	ANEST	3	g	+ N2O/NO2 80% N2O		4 - Ajustar e comodidade do tubo																			
E	ANEST	10	ug	FENOMER		5 - Colar gonorritina																			
F	ANEST	10	X			6 - Endoscópio az NOPA																			
G	ANEST	1	g			7 - Glucosato diluído 50% 200 ml																			
GLICOSE		LÍQUIDOS		Cápsula - Naso / Oro Faringeo		8 - Faringost																			
NOCD				tubo BIS																					
SANGUE		700ML		Naso - Oftálmico - Céu																					
SF 0,35		0,50		Bd - Tamp - Calibre do tubo																					
TOTAL		8000 ML		Sob Máscara																					
OPERAÇÃO		06:30 AM		Dificuldade Técnica																					
				N/0																					
				TEMPO DE ANESTESIA																					
				06:30 AM																					
ANESTESIA		CÓDIGO		CIRURGIA																					
Fasmin 1301 A3				Lasmir Sindetaux																					
				Anestesiologia																					
				CRM-RR-1699																					
						PERDA SANGUÍNEA																			
						5000 ml																			

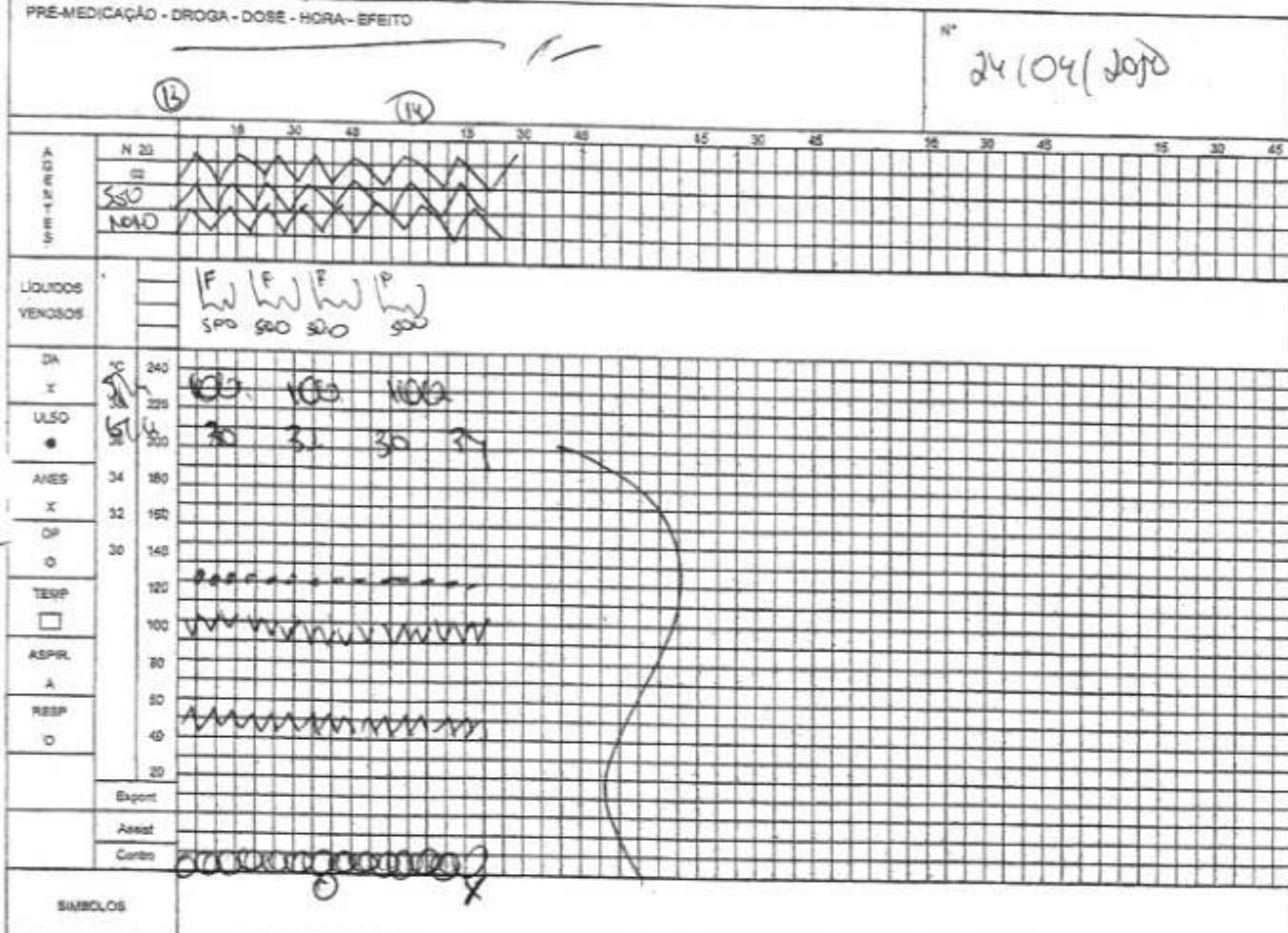
Lasmir Sindetaux  
Anestesiologia  
CRM-RR-1699



Bennie Wilson, 180

**PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO**

24 (04/10/03)



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A			
B			
C			
D			
E			
F			
G			
GLICOSE	LIQUIDOS	Cálcio - Não / Oxo Taringa Noro / Orotáqueal - Cega	
NOCO		Bal - Tárc - Celbra do Tubo	
SANGUE		Alg Máscara Domicílio Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL			
OPERAÇÃO			Lanugo - Esperma - Excesso Secre Depressão Respiratória - Respira "Bucking" - Vômito
ANESTESIA	CÓDIGO	CRURGÃO	Hemorragia - Anemia Bradí - Taquicardia - Choque
<i>Isamir Sindicato</i>			PERDA SANGUÍNEA

~~Jasmin Simdean~~  
Anestesiología  
GMRR 1699



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE  
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		10-169	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
BRAN WILSON		304.-	17219		24 / 06 / 20	
		CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO				
OST. FRAT. SUBTROCANTÉRICA		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL		
		8.45				
CIRURGIAO		EQUIPE MÉDICA				
DR. PEDRO		ANESTESISTA	DR. JOSÉ M. V.			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA	23. JOSÉ			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR				
DR. ILDEBOLD / 23. mario		CIRCULANTE	OLANDE + BAHIA			
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEO FENESTRAL +		TEMPO DE DURAÇÃO:				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS		
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID		1	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ML		
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO		
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO		
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°		
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°		
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°		
<input type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS TAN			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°		
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI N° 20			FIO CATGUT SIMPLES N°		
<input type="checkbox"/>	DRENO DE SUCÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°		
<input type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX N° PROPRI			FIO PROLENE N°		
<input type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°		
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML gomtos		1	SIRGICEL ELETRODES		
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML mdcados		1	CERA P/ OSSO CATETER 02		
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA N° ALCON 407		
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		1	GEOFOM DEGERMANTE		
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA S/UMA FOLE 01M		
<input type="checkbox"/>	TOT CUFF N° 8		1	OUTROS: BOLSA COL. VASO		
SONDA ASPIRATIVA			<input checked="" type="checkbox"/>	ESCOLA DE.		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE				VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS				
	Scelva					SUB- TOTAL
FUNCIONARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA				
	m: Ovando + Bahia	TAXA DE ANESTESIA				
	T: Scelva + Robson	SOMA				
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE						

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: ORTOPEDIA	Procedimento Realizado: OST. FRAT. SUBTROCANTÉRICA			
Nome do Paciente: BRAIN WILSON	IDADE: 18	SEXO: F ( ) M ( )	Nº do Prontuário: 17219	Data: 24/01/20	
Bloco: C	Enfermaria: 304	Leito: 7	Nº da Sala: 4	Circulante de Sala: OVALDE / BAHIA	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: SDQ + SDC					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ( )

Dados Adicionais:

DESCRICAÇÃO DO ITEM

Marca:

QUANT

01	Placa DCS com 8 orifícios	H	01
02	parafuso d'água Nº 82	H	01
03	" Monofuso Nº 55	H	01
04	" contínuo Nº 32	O	01
05	" contínuo Nº 36	O	01
06	" contínuo Nº 38	O	01
07	" contínuo Nº 54	H	01

Dr. Bruno Vieira de Lima  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM RR 1237

MÉDICO CIRÚRGICO: Dr. Ildayon

1º AUXILIAR: Dr. Pedro Galdoni

INSTRUMENTADOR: Dr. Marcos Aquino + Dr. Pedro Fausto R.

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

ITEM

DESCRICAÇÃO DO ITEM

QUANT

MÉDICO CIRÚRGICO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Fone: (0695) 2121 0637  
E-mail: [enviame@hotmail.com](mailto:enviame@hotmail.com)





## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Edoardo Wilber  
Responsável Cirúrgico Dr. Vezzoso

### 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

### OXÍMETRICO 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 SANGUÍNEA > 500 ml

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

Data 31/08/2020 Assinatura Dr. Vezzoso Hora: \_\_\_\_\_

### LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

### ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

### PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:  
 Identificação do paciente  
 Sítio cirúrgico  
 Procedimento

### EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

#### REVISÃO DO CIRURGÃO:

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.

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:  
 SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO  
 Sim  Não  Não se Aplica

O CIRURGÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE  
 Sim  Não  Não se Aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.  
 Sim  Não  Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
PACIENTE	DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
AGNÓSTICO	Fr fratura canina 1				
ALERGIAS					
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
ITEM	LEITO	DATA	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	COTTONERIA 4 (EV) 1/1/1				
16	OKACILINA 4 (EV) 4/4/4				
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;  $\geq 400$ : 10 UI E OU GLICOSE  $\leq 70$   
DUML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

**EVOLUÇÃO MEDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, 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				

Jr. Bruno Vieira de Lima  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRMRR 1231  
MÉDICO 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	BRAN			
AGNÓSTICO	TX SUBFECALITICO (D)			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		DATA	29/04/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			
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 (8/8P)			
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H (8/8P)			
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
13	SSVV + CCGG 6/6 H			
14	CURATIVO DIÁRIO			
15	CETIQUINA 5g (EV) 12/12H			
16	OXACUMA 1g (EV) 4/4 H			
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;  $\geq 400$ : 10 UI E OU GLICOSE  $\leq 70$  DL/MIL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ALCANÓTICO, ANÍCTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

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

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

MÉDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



## PEDIDO DE PARECER

Unidade: H6A

Nome: Bruna Wilson

Idade: 10 a REGISTRO: \_\_\_\_\_

Bloco: 62 Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

UTI: \_\_\_\_\_ EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

De: Anestesiologia

Para: UTI

paciente, jovem, foi submetido a cirurgia de osteossíntese  
de FRACTURA do FÍMUR com necessidade de hemodiluição  
volume de 1500 ml  
intubado, sob monitorização com RIC 80 ml/H composto  
hemodiluição  
selado up em uti. Gato

28/04/2011

1 / 1

Data

  
José Buttenbender  
Médico Residente em Anestesiologia  
CRM-RS 1097

Médico(a)

   
Data

medico



## ADMISSÃO MÉDICA

UTI-02

GOVERNO  
DE RORAIMA  
FORTALECENDO

Mat.  
COVID-19  
CUG

Nome: Brain Wilson	Idade: 18a	DN: 27/01/2001	Peso: 80Kg	BOX: 18
Data: 24/04/2020 16:07	DIH: 01/04/2020	DIUTI: 24/04/2020	Prontuário: 16508	
Diagnósticos: Osteossistese de Fêmur D/ Choque Hipovolêmico				

REINTERNAÇÃO NA UTI: S ( ) N (x)

ORIGEM: (X) CENTRO CIRÚRGICO ( ) TRAUMA ( ) UTI-01 ( ) ENFERMARIA ( ) HEMODINÂMICA ( ) OUTRO HOSPITAL ( ) PA

INFECÇÃO NA ADMISSÃO NA UTI: S ( ) N (x)

COMORBIDADES: ( ) HAS ( ) DM ( ) IR sem Hemodiálise ( ) IR com Hemodiálise ( ) Cirrose Child A/B ( ) Cirrose Child C ( ) ICC graus 2-3 ( ) ICC grau 4 ( ) DPOC grave ( ) Tabagista ( ) AIDS ( ) Uso de Corticóide (X) Imunossupressão ( ) Câncer locorregional: (Adenocarcinoma de Cârdia) ( ) Câncer Metastático Onde?

Dispositivos invasivos na admissão:

- Acesso venoso periférico MSE/ MSD e Jugular externa esquerda
- SVD

EM USO DE ANTIBIÓTICOS NA ADMISSÃO: ( ) S (X) N Qual?

### Relatório Admisional

Relato para os devidos fins que admiti o paciente procedente do Centro Cirúrgico em quadro de choque de origem hipovolêmico franco, Taquicardia (FC > 150 bpm), palidez cutânea, Taquifíglia, pele fria, com uso de DVA - NORA em doses moderadas;

Ectoscopia: Palidez cutânea, pele fria, Taquicardia, Taquifíglia, pulsos finos nos quatro membros;

Pupilas Médias porém fotorreagentes;

Neurológico: Glasgow 3/ RASS -4

Cardiopulmonar: Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas s/s

Respiratório: MV + bilateral s/RA. Saturando 96%

GI: Abdome plano, flácido, sem visceromegalias, RHA(-).

Extremidades: pulsos periféricos filiformes. TEC > 3s; Panturrilhas livres;

Sinais Vitais na admissão: FC: 160 bpm / PA: 96 X 74 mmhg / SpO2: 96 % / Tx: < 35°C / FR: 15 ipm

### CONDUTA:

- Solicito exames admissionais + RX
- Acesso Venoso Central em VSCE;
- Presecrevo CH e PFC;
- Presecrevo Transamin
- Início Sedoanalgesia

*B  
Messias Neto  
2020*



## UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA II

**NOME:** Brain Wilson

Choque Hipovolêmico/ Osteossíntese de Fêmur D

<b>NOME:</b>	<b>Brain Wilson</b>	<b>18</b>	<b>Data:</b>	<b>24/04/2020</b>
<b>Prescrição Médica</b>				
1	Dieta Zero até segunda ordem	5 UD	HORÁRIOS	Prontuário: s/n
2	SF 0,9 % 500 ml IV 04/04 hrs	1/2 - 09 - 10 - 11	DN:	-20/03/4981-
3	SF 0,9% ou SRL 500 ml IV ACM	1/2 - 09 - 10	DI HGR:	30/03/2020
4	Ceftriaxona 1 g IV 12/12 hrs ( 24/04)	1/2 - 09	DI UTI II:	05/04/2020
5	Fentanil 50 ml IV BIC	1/2 - 09	<b>TABELA DE CORREÇÃO GLICÉMICA</b>	
6	Midazolam 50 ml IV BIC	1/2 - 09	151 - 180	02U
7	Noradrenalina 0,05amp + SG 5% 100ml IV BIC	1/2 - 09	181 - 210	04U
8	omeprazol 40 mg IV 1x/dia	1/2 - 09	211 - 240	06U
9	Meloxicamida 10 mg IV 08/08 hrs	1/2 - 09	241 - 270	08 U
10	Dipirona 02 ml IV 04/04 hrs SN	1/2 - 09	271 - 300	10U
11	Bicarbonato de Na 8,4% 200 ml IV ACM	1/2 - 09	301 - 330	12U
12	Transamin 1 g + SF 0,9% 250 ml IV 08/08 hrs	1/2 - 09	> 330	AVISAR PLANTONISTA
13	Gluconato de cálcio 10% 20 ml + SF 0,9% 100 ml ACM	1/2 - 09	<70	Fazer GH 50% 40ml EV
14	PFC 04 UD IV ataque	1/2 - 09		
15	PFC 02 UD IV 08/08 hrs	1/2 - 09		
16	CH 02 UD IV	1/2 - 09		
17	Cebeceria elevada a 30°	1/2 - 09		
18	Glicemia capilar 04/04 hrs	1/2 - 09		
19	Hipromelose 0,5% 1 g em cada olho de 04/04 hrs	1/2 - 09		
20	Anotar diâmetro pupilar 04/04 hrs	1/2 - 09		
21	Mantir PAM > 75 mmHg	1/2 - 09		
22	Mantener Paciente aquecido	1/2 - 09		
23	<i>Metropolo Sulf. 02 Agora 1:10</i>	1/2 - 09		
24	<i>Atropina 02 Agm. 1:1000</i>	1/2 - 09		
25	<i>Etodrina 01 Agm. + 10ml 1:1000</i>	1/2 - 09		
26	<i>Gluc. 5% 500ml 16% 2ml/100ml 1:1000</i>	1/2 - 09		
27	<i>GH 50% 100ml + 12.10 ml 1:1000</i>	1/2 - 09		
28		1/2 - 09		
29		1/2 - 09		
30		1/2 - 09		
31		1/2 - 09		
32		1/2 - 09		

Evolução da espezialidade médica responsável

1. Avaliação Geral:

*1/2 - 09 - 10 - 11*

2. Sugestão de Conduta:

*1/2 - 09 - 10 - 11*

3. Planejamento Terapêutico:

*1/2 - 09 - 10 - 11*

NOME: Brayan Ulloa  
ID: 10420

55. MATRIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DATA: 18 LEITO: 18 IDADE: 20

PERÍODO: 18/04/20 DATA: 18 H: 18

ESCALA DE RAMSAY	
<input type="checkbox"/> ) Sim	<input checked="" type="checkbox"/> ) Não
<input type="checkbox"/> ) Ansioso e/ou inquieto	<input type="checkbox"/> ) Reagente
<input type="checkbox"/> ) Cooperativo, orientado e tranquilo	<input type="checkbox"/> ) Normal
<input type="checkbox"/> ) Acordado, responde a comandos verbais	<input checked="" type="checkbox"/> ) Média fina
<input type="checkbox"/> ) Dormindo, responde leve a estímulo tático/auditivo	<input type="checkbox"/> ) Isocônicas
<input type="checkbox"/> ) Sem resposta à estímulo tático/auditivo, só doloroso	<input type="checkbox"/> ) Mísse
<input type="checkbox"/> ) Sem resposta à estímulo doloroso	<input type="checkbox"/> ) Dolor
<input type="checkbox"/> ) Score: <u>6</u>	

#### ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular		Resposta Verbal	
Spontânea	Spontânea	Orientado	Resposta Motor
	4	Confuso	5
Estímulos verbais	3	Palavras incompreensíveis	4
A dor	2	Sons	3
Nenhuma	1	Nenhuma	2
Score: <u>6</u>			

Avaliação da dor:  ) Sem dor  ) Com dor 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10  ) Interrupta  ) Cessa com medicação  ) Não melhora com medicação

#### ESCALA DE BRADEN

Bruxismo	<input type="checkbox"/> ) Sim	Exsudado	<input type="checkbox"/> ) Seco
Período menstrual	<input type="checkbox"/> ) Sim	Exsudado	<input type="checkbox"/> ) Seco
Unidades de mobilidade	<input type="checkbox"/> ) Sim	Exsudado	<input type="checkbox"/> ) Seco
Atividades sociais	<input type="checkbox"/> ) Sim	Exsudado	<input type="checkbox"/> ) Seco
Sequência	<input type="checkbox"/> ) Sim	Exsudado	<input type="checkbox"/> ) Seco
Respiração	<input type="checkbox"/> ) Sim	Exsudado	<input type="checkbox"/> ) Seco
Defecação/Urinário	<input type="checkbox"/> ) Sim	Exsudado	<input type="checkbox"/> ) Seco
Score Braden: <u>14</u>			
Score Braden: <u>14</u> / Risco Low: <u>12</u> / Risco med: <u>9</u> / Risco alt: <u>6</u>			

#### SISTEMA RESPIRATÓRIO

) Espontânea  ) Taquipneia  ) Bradipneia  
 ) Dispnéia  ) Cheyne-stokes  ) Kussmaul  
 ) VM TOT  ) TOT/TQT - Data: 18/04/20 Modo: 1 mmHg  
 Posicionamento do TOT/TQT: 1 cm dos incisivos  
 Data da Troca: 18/04/20 Resistência à aspiração:  ) Sim  ) Murmúrios vesiculares  
 Ausc. Pulmonar:  ) Crepitações  ) Sibilos  ) Ausc. Local: 18/04/20

) Rítmico  ) Arritmico  ) Cheio  ) Filitiforme  
 Ausculta cardíaca:  ) 2 tempos  ) 3 tempos Local: 18/04/20

PERÍODO: 18/04/20 DATA: 18 H: 18



Nome: Brain Wilson	Idade: 18a	DN: 27/10/2001	Peso: 75Kg	BOX: 18
Data: 24/04/2020 21:27	DIH: 01/04/2020	DIUTI: 24/04/2020	Prontuário: 16508	
Diagnósticos: Osteossíntese de Fêmur D/ Choque Hipovolêmico				

Variação de sinais nas últimas seis horas			
Tx	32,9 - 36,4	SpO	99 - 100
FC	125 - 157	PVC	—
PAM	72 - 115	PIA	—
FR	33 - 20	Glicemia	273

Prescrição médica sendo seguida? ( ) sim ( ) não

- Medicina em falta:
  - Medicinações não checadas

## INTERCORRÊNCIAS

- **CARDIOVASCULAR:**

DVA1: <u>NOA</u> <input checked="" type="checkbox"/> ( ) <u>mi/h</u> ou <u>  </u> <u>µg/kg/h</u> <input checked="" type="checkbox"/> ( ) em diminuição <input type="checkbox"/> ( ) em ascensão <input type="checkbox"/> ( ) mantida <input type="checkbox"/> ( ) retirada	DVA2: <u>  </u> <u>mi/h</u> ou <u>  </u> <u>µg/kg/h</u> <input type="checkbox"/> ( ) em diminuição <input type="checkbox"/> ( ) em ascensão <input checked="" type="checkbox"/> ( ) mantida <input checked="" type="checkbox"/> ( ) retirada	Arritmias? <input checked="" type="checkbox"/> ( ) Taquiarritmia <input type="checkbox"/> ( ) Bradiarritmia	ΔPP: _____ Cava: _____ EC: _____ Pulsos: _____
---	--	---	---

- **RESPIRATÓRIO:**

<input type="checkbox"/> ar ambiente <input type="checkbox"/> O2 CN <input type="checkbox"/> O2 Macro <input type="checkbox"/> O2 Tubo Y <input type="checkbox"/> VNI <input checked="" type="checkbox"/> VM	<b>Secreção:</b> <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> pouca <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> abundante <b>Aspecto:</b>	<b>Hipoxemia?</b> <b>Causa:</b> _____ <b>Tto:</b> _____ <b>Outro:</b> _____	<input type="checkbox"/> Desconforto Res? <input type="checkbox"/> Broncoespasmo? <input type="checkbox"/> Congestão? <input type="checkbox"/> SARAH? <input type="checkbox"/> Rolha? <b>Ajustes:</b> 	<b>PaO2/FiO2:</b> _____
---	--	--	---	-------------------------

- **GASTROINTESTINAL:**

Dieta instalada?	<input type="checkbox"/> Retorno/Vômitos?
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Diarreia?
<input checked="" type="checkbox"/> Não. Motivo?	<input type="checkbox"/> Sangramentos?
<hr/>	<input type="checkbox"/> Distensão?
	<input type="checkbox"/> Ausência de RHA?

RENAL: 150 -

Diurese últimas 6h: _____ ml/h	Estimulação? ( ) Hidratação? ( ) Diurético? Outro: _____
( ) IRA KDIGO _____	( ) IRC ( ) TRS

- **NEUROLÓGICO:**

Sedação? (X) sim ( ) não	( ) Sonolência	( ) Deserto e orientado
RASS: (2/4)	( ) Deserto e desorientado	( ) Comatoso
ECG: _____	( ) Depressivo	( ) Ansioso
Em despertar?	( ) Agitado	( ) Delirium
( ) sim ( ) não	( ) Deserto mas não interage com examinador	

### Outras intercorrências:

280 house

### Impressão clínica

Conduta médica: COARZ, OLIGURICO

## SOORTE INTENSIVO VIGILÂNCIA REVAL

Sedação adequada	Analgesia	Cateter	Tubo / Cuff	P. Platô < 30	Profilaxia TVP	Profilaxia úlcera
Oftalmo Proteção	Mudança decúbito	Cabeceira elevada	Sonda vesical	Dieta	Prócinético	Fibra alimentar



FISIOTERAPIA

FICHA DE GASOMETRIA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA



Nome: Brain Wilson

DN: 1/1 Sexo: M( ) F( ) DATA: 29/09/20 Leito: 19 D.I.H:

Diagnóstico:

Diagnóstico Cinético Funcional:

Nível de Consciência:		Glasgow AO:	RV:	RM:	Total:
FResp:	SaTO2:	Ritmo:	Ramsay ( )	RASS ( )	Sedação:
Padrão Resp.:		Desconf. Resp.:			Cuff:
AP:					
Tosse:		Secreção:			
TOT: ( ) TQT ( )		Acoplado ao VM: Sim ( ) Não ( )			Ventilador:
Modo Ventilatório:		Parâmetros			
Hemodinam.: Estável ( ) Instável ( )		Uso de DVA: Não ( ) Sim ( )			P.A:
FC:	T:	Edema:			
Força Muscular:		MOV. AVALIADOS			Direito
ADM:		Abdução de Ombro			Esquerdo
Tônus		Flexão de Cotovelo			
Normo	( )	Normo	( )	Extensão de Punho	
Hipo	( )	Hipo	( )	Flexão de Quadril	
Hiper	( )	Hiper	( )	Extensão de Joelho	
Mov. Involuntários:		Dorsoflexão De Tornozelo			
Conduta:		TOTAL:			
					Fisioterapeuta:

Nível de Consciência:		Glasgow AO:	RV:	RM:	Total:
FResp:	SaTO2:	Ritmo:	Ramsay ( )	RASS ( )	Sedação:
Padrão Resp.:		Desconf. Resp.:			Cuff:
AP:					
Tosse:		Secreção:			
TOT: ( ) TQT ( )		Acoplado ao VM: Sim ( ) Não ( )			Ventilador:
Modo Ventilatório:		Parâmetros			
Hemodinam.: Estável ( ) Instável ( )		Uso de DVA: Não ( ) Sim ( )			P.A:
FC:	T:	Edema:			
Força Muscular:		MOV. AVALIADOS			Direito
ADM:		Abdução de Ombro			Esquerdo
Tônus		Flexão de Cotovelo			
Normo	( )	Normo	( )	Extensão de Punho	
Hipo	( )	Hipo	( )	Flexão de Quadril	
Hiper	( )	Hiper	( )	Extensão de Joelho	
Mov. Involuntários:		Dorsoflexão De Tornozelo			
Conduta:		TOTAL:			
					Fisioterapeuta:

TARDE

7)



FICHA DE REGISTRO DE HEMOCOMPONENTE DO CENTRO CIRÚRICO

NOME: Bruno WILSON

DATA DE NASCIMENTO: 27/09/2001

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 27/10/2001 VOLUME: 265 ml

Nº BOLSA: 0114200323016 BOLSA: ABO: O FATOR Rh: +

PACIENTE: ABO: O FATOR Rh: +

SINAIS VITais:

INICIO: 11:10 h. T: - PA: 90x60 P: 124 FR: -

MEIO (15MIN): 11:25 h. T: - PA: 125x55 P: 118 FR: -

FIM: 11:50 h. T: - PA: 90x51 P: 136 FR: -

PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: \_\_\_\_\_ COREN: 124

MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: \_\_\_\_\_

*José Buttenbender*  
CRM: 1897  
Médico Residente em Anestesiologia

*Ovando Alves de Siqueira*  
CRM: 1897  
Médico Enfermeiro  
COREN-RR 904.173

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 27/10/2001 VOLUME: 264 ml

Nº BOLSA: 0114200323022 BOLSA: ABO: O FATOR Rh: +

PACIENTE: ABO: O FATOR Rh: +

SINAIS VITais:

INICIO: 11:30 h. T: - PA: 110x53 P: 136 FR: -

MEIO (15MIN): 11:55 h. T: - PA: 81x53 P: 136 FR: -

FIM: 12:50 h. T: - PA: 92x50 P: 126 FR: -

PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: \_\_\_\_\_ COREN: 124

MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: \_\_\_\_\_ CRM: 1897  
Médico Residente em Anestesiologia

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 1/11/2001 VOLUME: \_\_\_\_\_

Nº BOLSA: \_\_\_\_\_ BOLSA: ABO: \_\_\_\_\_ FATOR Rh: \_\_\_\_\_

PACIENTE: ABO: \_\_\_\_\_ FATOR Rh: \_\_\_\_\_

SINAIS VITais:

INICIO: \_\_\_\_\_ h. T: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

MEIO (15MIN): \_\_\_\_\_ h. T: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_ h. T: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 1/11/2001 VOLUME: \_\_\_\_\_

Nº BOLSA: \_\_\_\_\_ BOLSA: ABO: \_\_\_\_\_ FATOR Rh: \_\_\_\_\_

PACIENTE: ABO: \_\_\_\_\_ FATOR Rh: \_\_\_\_\_

SINAIS VITais:

INICIO: \_\_\_\_\_ h. T: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

MEIO (15MIN): \_\_\_\_\_ h. T: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_ h. T: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

OBS: ESTA FICHA DEVE FICAR ANEXADA COM A FICHA ANESTÉSICA.

24.04.2020  
Brain Wilson

014194940408015

192

22:00 36.4 39.6 43.0 47.5 50.5  
22.0 36.3 37.6 41.1 45.5 51.1  
36.5 37.6 41.1 45.5 51.1

Br. D. Santana do C. NBB  
COREN-RR 148.211-ENF

25.04.2020  
Brain Wilson

0141941810080

173

03:37 36.5 39.6 43.6 47.5 50.5  
04:05 36.6 39.6 43.6 47.5 50.5  
36.6 39.6 43.6 47.5 50.5

Br. D. Santana do C. NBB  
COREN-RR 148.211-ENF

24.04.2020  
Brain Wilson

014194124002

176

22:51 36.5 39.6 43.0 47.5 50.5  
23:06 36.5 39.6 43.0 47.5 50.5  
23:25 36.5 39.6 43.0 47.5 50.5

Br. D. Santana do C. NBB  
COREN-RR 148.211-ENF

24.04.2020  
Brain Wilson

014194004

176

176

176

176

176

176

176

176

176

176

176

176

176

176

176

Br. D. Santana do C. NBB  
COREN-RR 148.211-ENF

176

176

176

176

176

176

176

176



Paciente: Brain Wilson	Sexo: Masculino	Nasc: 27/10/2001	Idade: 18 ANO
Solicitação: 20175013	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR		Setor: UTI 2	Leito: 18
Data de Emissão: 24/04/2020 17:23		Recebimento:	

Amostra: 2017501302

### Resultado de Exame

#### COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Metodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	15,60 seg	10,0 - 14,0 seg
RNI	1,13	0,8 - 1,2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	35,0 seg	25,0 - 39,0 seg
RATIO	1,29	0,75 - 1,22

#### Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa de 3-análítica.

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

Thaliane Reis  
Farmacêutica - Bioquímica  
CRF-RR 107

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/04/2020 07:34

(\*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima  
06595-2121-0640-  
E-mail: [arqlab@yandex.com.br](mailto:arqlab@yandex.com.br)  
Av. Brigadier Eduardo Gómez, 5305 -  
Aeroporto

PROJETO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO DE RORAIMA



Paciente: Brain Wilson

Solicitação: 20175013

Número Interno:

Origem: HGR

Data de Emissão: 24/04/2020 17:23

Sexo: Masculino

Solicitante:

Nasc: 27/10/2001

Idade: 18 ANO

Setor: UTI 2

Recebimento:

Leito: 18

Amostra: 2017501301

### Resultado de Exame

#### DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÕES

Material: SORO

Métodologia: M03 - Colorimétrico (diazo)

BILIRRUBINA TOTAL

Resultado

3.97 mg/dL

Referência

0.1 - 1.2 mg/dL

BILIRRUBINA DIRETA

2.55 mg/dL

0.0 - 0.4 mg/dL

BILIRRUBINA INDIRETA

1.42 mg/dL

0.1 - 0.8 mg/dL

#### Notas

1º O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios diagnóstico bioquímicos e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;  
Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas;  
3º Este exame sofre grande influência de Hemólises, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil;

#### DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

1.02 mg/dL

Referência

0.7 - 1.4 mg/dL

#### Notas

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

#### DOSAGEM DE FÓSFORO SÉRICO

Material: SORO

Métodologia: M14 - Molibdato

FÓSFORO

Resultado

8.77 mg/dL

Referência

2.5 - 4.8 mg/dL

#### DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

227.39 mg/dL

Referência

60.0 - 99.0 mg/dL

#### DOSAGEM DE MAGNÉSIO SÉRICO

Material: SORO

Métodologia: M20 - Mann Yoe

MAGNÉSIO

Resultado

sem kit mg/dL

Referência

1.6 - 2.6 mg/dL

Roberta Silva Rizzo  
Bioquímico  
CRF-RR 713

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

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/04/2020 07:35

(\*) Retificado

Página: 1 de 2



Hospital Geral da Roraima  
Av. Presidente Dutra, 2121 - Centro  
Cidade: Boa Vista - RR  
CEP: 69010-000  
E-mail: hgr@hgr.br

Av. Brigadeiro Eduardo Gómez, 3308 - Aeroporto

NOCLÉO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU

GOVERNO  
DE RORAIMA



Paciente: Brain Wilson

Solicitação: 20175013

Número Interno:

Origem: HGR

Data de Emissão: 24/04/2020 17:23

Sexo: Masculino

Nasc: 27/10/2001

Idade: 18 ANO

Solicitante:

Setor: UTI 2

Leito: 18

Recebimento:

Amostra: 2017501303

Resultado de Exame

**HEMOGRAMA COMPLETO**

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS

Resultado

Referência

31.39 x10<sup>3</sup>/uL

4.0 - 10.0 x10<sup>3</sup>/uL

NEUTRÓFILOS

85.80 %

50.0 - 70.0 %

LINFÓCITOS

5.50 %

20.0 - 40.0 %

MONÓCITOS

8.50 %

3.0 - 12.0 %

EOSINÓFILOS

0.10 %

0.5 - 5.0 %

BASÓFILOS

0.10 %

0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

2.91 x10<sup>6</sup>/uL

4.32 - 5.52 x10<sup>6</sup>/uL

HEMOGLOBINA

9.70 g/dL

13.5 - 18.0 g/dL

HEMATÓCRITO

27.40 %

40.0 - 50.0 %

VCM

94.10 ug/L

87.0 - 103.0 ug/L

HCM

33.30 pg

27.0 - 34.0 pg

CHCM

35.40 g/dL

32.0 - 37.0 g/dL

RDW CV

14.00 %

11.0 - 16.0 %

RDW SD

55.60 fL

35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS

175.00 x10<sup>3</sup>/uL

150.0 - 400.0 x10<sup>3</sup>/uL

VPM

9.90 fL

6.5 - 12.0 fL

ADP

16.50

9.0 - 17.0

PCT

0.172 %

1.08 - 2.82 %

Thatiane Reis  
Farmacêutica - Bioquímica  
CRF-RR 107

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cinco de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/04/2020 07:34

(\*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima  
Dose 0571 2121 0640  
E-mail: hgrmail@hgr.ror.br  
Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 3300  
Aeroporto

HÓSPITAL GERAL DE RORAIMA

SESAU

GOVERNO  
DE RORAIMA



NOME: Bryan Wilson  
HD: \_\_\_\_\_

SIC: \_\_\_\_\_ FAZERIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

Isolamento de contato/respiratório:  Sim  Não  
**ESCALA DE RAMSAY**  
 Acordado, ansioso e/ou inquieto: 1  
 Cooperativo, orientado e tranquilo: 2  
 Acordado, responde a comandos verbais: 3  
 Dormindo, resposta leve a estímulo tátil/auditivo: 4  
 Sem resposta a estímulo tátil/auditivo, só doloroso: 5  
 Sem resposta a estímulo doloroso: 6  
 Score: 6b

ESCALA DE GLASGOW	
	Resposta Verbal
Espontânea	4
Estímulos verbais	3
A dor	2
Nenhuma	1
Score:	<u>6b</u>

ESCALA DE BRADEN	
Queda	4
Período semanal	3
Unidades	2
Abdômen	1
Respiratória	1
Isquicôrtico/colostomia	1
Sem: 19 a 22 Puntos: Risco elevado a 28 a 34	
Sócio: Evitado 19 a 22 Risco muito elevado: ≤ 9 puntos	

Resposta Verbal	5	Resposta Motora	6
Obedece	5	Obedece	6
localiza a dor	4	localiza a dor	5
Flexão normal	3	Flexão normal	4
Flexão anormal	2	Flexão anormal	3
Extensão a dor	1	Extensão a dor	2
Nenhuma		Nenhuma	1

Avaliação da dor:  Sem dor  Com dor 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10  Interrupta  
 Não consegue dormir  Não melhora com medicação  Cessa com medicação

SISTEMA RESPIRATÓRIO	
Esportânea	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Bradipneia
Dispneia	<input type="checkbox"/> Cheyne-Stokes <input type="checkbox"/> Kussmaul <input type="checkbox"/> Kussmaul
VM TOT	<input type="checkbox"/> VM TOT <input type="checkbox"/> TOT/TQT - Data: <u>/</u> / <input type="checkbox"/> Modo: _____
Posicionamento do TOT/TQT a	<u>/</u> / _____ cm dos incisos
Data da Troca:	<u>/</u> / _____
Ausc. Pulmonar: ( ) Criações	<input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Murmúrios Viscerais <input type="checkbox"/> Não
	Resistência a aspiração: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Pressão do Cuff <u>mmHg</u>
	<input type="checkbox"/> Petéquias - Local _____

**SISTEMA CARDIOVASCULAR**

Arritmico	<input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Filitiforme
Ausculta cardíaca:	<input type="checkbox"/> 2 tempos <input type="checkbox"/> 3 tempos

PERÍODO:  DIURNO  NOITURNO  VESPERTINO  
 Local: Scalabrinha G  
 Acesso Venoso Central:  Sim  Não  Data: / /  Total  
 Acesso Venoso Periférico:  Sim  Não  Data: / /  Total  
 Sinais de Infecção no sítio da punção:  Sim  Não  Local: \_\_\_\_\_

Sangramento:  Sim  Não  Local: \_\_\_\_\_

Hemotransfusão:  Sim  Não -  CH  PF  PLACQUETAS QUANTIADE: \_\_\_\_\_

**SISTEMA GASTROINTESTINAL**

Acetateção da dieta:  Sim  Não  Parcial  Total  
 VO:  NPT  SNG - Data: / /  Total  
 Ruidos hidroáreos:  Presentes  Ausentes  SNC - Data: / /  Total  
 Abdome:  Normal  Globoso  Distendido  Flácido  Tenso  
 Eliminação:  Normal  Diarreia  Constipação  Melena  Melena

**SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO**

Diurese:  SVO  Disúria  Uropênia  Cistostomia  
 Colúria:  Polaciúria  Oligúria  Anúria  Hematuria  
 Odor:  Edema  Lesões - Local: \_\_\_\_\_  
 Coloração:  Umpida  Concentrada  Sedimentada  
 Secréções:  Sim - Aspecto: \_\_\_\_\_  Não  Higiene:  Desidratatória  Precaária

**CURATIVOS E DRENOS**

Região: Abdome  
 Características: larva  
 Produto: SF  
 Região: FO feixes  
 Características: Sebó Acininos  
 Produto: SFO, SFO  
 Dreno: local  
 Seringa: \_\_\_\_\_  
 Dreno: local  
 Seringa: \_\_\_\_\_  
 Volume: \_\_\_\_\_  
 Tipo: \_\_\_\_\_  
 Volume: \_\_\_\_\_  
 Dias: \_\_\_\_\_

**ÚLCERA POR PRESSÃO**

Região: Scam lpp  Hidratada  Desidratada  Resticada  Anasarcia:  Ictérica  Rubor  Cláustica  
 Região: Região Rugão  Estagio 1  Estagio 2  Estagio 3  
 Região: Região Rugão  Estagio 1  Estagio 2  Estagio 3  
 Região: Região Rugão  Estagio 1  Estagio 2  Estagio 3

**INTEGRIDADE CUTÂNEA**

Região: Região Rugão  Pele fria e sudoreica  Anasarcia:  Ictérica  Rubor  Cláustica  
 Região: Região Rugão  Petéquias - Local \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(a): W



Nome: Brain Wilson	Idade: 18a	DN: 27/10/2001	Peso: 75Kg	BOX: 18
Data: 25/04/2020 23:27	DIH: 01/04/2020	DIUTI: 24/04/2020	Prontuário: 16508	
Diagnósticos: Osteossíntese de Fêmur D/ Choque Hipovolêmico				

Variação de sinais nas últimas seis horas			
Tx	✓ febre	SPO	100-98
FC	114-PC	PVC	
PAM	131-27	PIA	
FR	20-14	Glicemia	132-100

Prescrição médica sendo seguida? ( ) sim ( ) não

• Medicação em falta:

hipertensil (2)

• Medicações não checadas:

### INTERCORRÊNCIAS

• CARDIOVASCULAR:

DVA1: <u>norma</u> <u>10</u> ml/h ou <u>10</u> µg/kg/h ( ) em diminuição ( ) em ascensão ( ) mantida ( ) retirada	DVA2: <u> </u> ml/h ou <u> </u> µg/kg/h ( ) em diminuição ( ) em ascensão ( ) mantida ( ) retirada	Arritmias? ( ) Taquiarritmia ( ) Bradiarritmia PCR? _____	ΔPP: _____ Cava: _____ EC: _____ Pulsos: _____
--	--	--	---

• RESPIRATÓRIO:

( ) ar ambiente ( ) O2 CN ( ) O2 Macro ( ) O2 Tubo Y ( ) VNI ( ) VM	Secreção: ( ) sem ( ) pouca ( ) moderada ( ) abundante Aspecto:	Hipoxemia? ( ) Causa: _____ Tto: _____ Outro: _____	( ) Desconforto Res? ( ) Broncoespasmo? ( ) Congestão? ( ) SARA? ( ) Rolha? Outro: _____	PaO2/FiO2: <u>98</u> Ajustes: <u>VC 430-410</u> <u>FR 15-12</u>
--	--	--	---	--

• GASTROINTESTINAL:

Dieta instalada? ( ) Sim ( ) Não. Motivo? _____	( ) Retorno/Vômitos? ( ) Diarreia? ( ) Sangramentos? ( ) Distensão? ( ) Ausência de RHA?	RENAL:
RASS: _____	ECG: _____	Diurese últimas 6h: <u>1200</u> ml/kg/h ( ) IRA KDIGO _____ ( ) IRC ( ) TRS Outro: _____

• NEUROLOGICO:

Sedação? ( ) sim ( ) não RASS: _____ ECG: _____ Em despertar? ( ) sim ( ) não	( ) Sonolência ( ) Deserto e desorientado ( ) Depressivo ( ) Agitado ( ) Deserto mas não interage com examinador	( ) Deserto e orientado ( ) Comatoso ( ) Ansioso ( ) Delirium	Pupilas: D: _____ mm E: _____ mm RFM: _____
---	--	--	--

Outras intercorrências:

✓ intercorrências no turno.

Impressão clínica:

Pat grax, Esgue hemorrágico já suspensão c/ DVA, bom parau. Insuventilizávias boas diurnas. ✓ OHEAP

Conduta médica:

- Suprir + Manter ventilação.

Sedação adequada ✓	Analgesia ✓	Cateter ✓	Tubo / Cuff ✓	P. Platô < 30	Profilaxia TVP ✓	Profilaxia úlcera X
Oftalmo Proteção X	Mudança decúbito X	Cabeceira elevada X	Sonda vesical X	Dieta X	Prócinético	Fibra alimentar

Dr. Alexandre Feito  
Médico  
CRM-RR 2131

NOME: Bryyan Wilson

GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
BALANÇO HÍDRICO

IDADE: 20

DATA: 25/04/20

BOLE: 18

07h00min - 12h00min Líquidos Administrados: 1124 ( HCl | Plasma | )plquetas Líquidos Eliminados: -200 ( Hb UF: -100 ) Hb UF: -100 ) Enfermeiro: 324 Enfermeiro:

13:00

14:00

15:00

16:00

17:00

18:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

13h00min - 18h00min Líquidos Administrados: + 1673 ( HCl | Plasma | )plquetas Líquidos Eliminados: - 200 ( Hb UF: -100 ) Hb UF: -100 ) Enfermeiro: 4873 Enfermeiro:

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

Nome: Brain Wilson	Idade: 18a	DN: 27/01/2001	Peso: 80Kg	BOX: 18
Data: 24/04/2020 16:13	DIH: 01/04/2020	DIUTI: 24/04/2020		
Diagnósticos: Osteossítese de Fêmur D/ Choque Hipovolêmico			Prontuário: 16508	

Hemograma / Coagulograma

Data	25/04	26/04					
Leucócitos	31350	9.46					
Neutrofilos	85,8	79					
linfocitos	5,5	17					
Bastões							
Hb	9,7	7,7					
Ht	2,4	20,3					
Plaquetas	175000	129000					
TAP	15,6						
RNI	1,13						
TTPA	35						

Gasometria / Ionograma / Bioquímica

BT	3.87	0,55					
BD	2,55	0,39					
BI	1,2	0,16					
Creatinina	1,02	0,84					
FOSFORO	8,77	2,96					
Glicose	227,38	108					
Lactato							
Mg	=						
TGO	155,76	112					
TGP	-						
Ureia	35,88	28					
PCR	24,83	74					
Albumina	3,78	2,93					
Ca	1,27	1,2					
K	4,6	4,2					
Na	145	150					
Cl	112	113					
CPK		2052					
Mioglobina							
Troponina							
CK-MB		68					
SOFA							
BH DO DIA	→ 18700	-596					

Legenda

NR: Exame solicitado mas não realizado

? : resultado duvidoso



Paciente: Brain Wilson

Solicitação: 20175091

Número Interno:

Origem: HGR

Data de Emissão: 25/04/2020 14:05

Sexo: Masculino

Nasc: 27/10/2001

Idade: 18 ANO

Solicitante:

Setor: UTI 2

Recebimento:

Leito: 18

Amostra: 2017509101

Resultado de Exame

**DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÕES**

Material: SORO

Métodologia: M03 - Colorimétrico (diazo)

BILIRRUBINA TOTAL

Resultado

Referência

0.55 mg/dL

0.1 - 1.2 mg/dL

BILIRRUBINA DIRETA

0.39 mg/dL

0.0 - 0.4 mg/dL

BILIRRUBINA INDIRETA

0.16 mg/dL

0.1 - 0.8 mg/dL

Notas

1º O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios diagnósticos bioquímicos e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;

2º Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas;

3º Este exame sofre grande influência de Hemólises, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil;

**DOSAGEM DE CREATININA**

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Pícrato Alcelino

CREATININA

Resultado

0.84 mg/dL

Referência

0.7 - 1.4 mg/dL

Notas

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

**DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)**

Material: SORO

Métodologia: M13 - Cinético Uv

CPK

Resultado

2052.58 U/L

Referência

24.0 - 195.0 U/L

**DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO - MB (CK-MB)**

Material: SORO

Métodologia: M13 - Cinético Uv

CK-MB

Resultado

68.14 U/L

Referência

0.0 - 25.0 U/L

Notas

1º O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios bioquímicos e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;

2º Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas;

3º Este exame sofre grande influência de Hemólises, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil;

HORLEY ROBERTO DE  
BIOQUÍMICO  
CRF - 054 - RR

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cuzino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

26/04/2020 06:56

(\*) Retificado

Página 1 de 2



Hospital Geral de Roraima  
Dixix 2121 0046-0  
E-mail: hgrparab@yahoo.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gómes, 3306  
Aeroporto

HÓCLÉO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA



Paciente: Brain Wilson

Solicitação: 20175091 Número Interno:  
Origem: HGR  
Data de Emissão: 25/04/2020 14:05

Sexo: Masculino  
Solicitante:  
Setor: UTI 2  
Recebimento:

Nasc: 27/10/2001 Idade: 18 ANO

Amostra: 2017509103

Resultado de Exame

**HEMOGRAMA COMPLETO**

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bo-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	9.46 x10 <sup>3</sup> /uL	4.0 - 10.0 x10 <sup>3</sup> /uL
NEUTRÓFILOS	79.00 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	17.00 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	3.00 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	1.00 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.00 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	2.23 x10 <sup>6</sup> /uL	4.32 - 5.52 x10 <sup>6</sup> /uL
HEMOGLOBINA	7.20 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	20.30 %	40.0 - 50.0 %
VCM	90.80 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	32.20 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	35.50 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	14.00 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	53.90 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	129.00 x10 <sup>3</sup> /uL	150.0 - 400.0 x10 <sup>3</sup> /uL
VPM	10.80 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	16.40	9.0 - 17.0
PCT	0.139 %	1.08 - 2.82 %

Wellington Mendes  
Farmacêutico - Bioquímico  
CRF - RR 043

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Ozino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 180

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/04/2020 07:54

(\*) Ratificado

Página: 1 de 1



Hospital Geral de Roraima  
(065) 2121-0640-  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3300 -  
Aeroporto

PROJETO DE LABORATÓRIO

SESAU



GOVERNO DE RORAIMA



UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA II



**NOME:**

Diagnósticos: Choque Hipovolêmico Osteossintese de Fratura de Coluna Vertebral

**Brain Wilson, 18 años, 75kg**

Data: 26/04/2020

Prescrição Médica

Prescrição Médica		HORÁRIOS		Prontuário: s/n	
1	Dieta enteral SNE 500Kcal/dia.			DN:	27/10/2001
2	SRL 500ml EV 6/6h			DI HGR:	01/04/2020
3	SF 0,9% ou SRL 500 ml IV ACM			DI UTI II:	24/04/2020
4	Cetilxazona 1 g IV 12/12 hrs ( 24/04)				
5	Noradrenalina 16mg + SG 5% 100 ml EV em BiC				
6	Fentanyl 50 ml IV BiC				
7	Dexametomidina 2amp + SF 0,9% 100ml EV em BiC				
8	Omeprazol 40 mg IV 1x/dia				
9	Bromoprida 10mg EV 8/8h				
10	Dipirona 2g EV SN				
11	Hipromelose 0,5% 2 gotas em cada olho de 04/04/h				
12	Glicemia capilar 04/04h Correções conforme tabela ao lado.				
13	Manter olhos ocluidos com gaze unidificada enquanto inconsciente.				
14	Banho diário com clorexidina 2%				
15	Higiene oral com clorexidina 0,12% 3xdia				
16	Cebecira elevada a 45				
17	Mudança de decúbito de 2/2h conforme protocolo interno.				
18	FST respiratória e motora				
19	AMICODAONA 500mg + SF 0,9% 50ml BEV				
20	Hidrocortisol 300mg EV				
21					

Evolução da especialidade médica responsável

## 1. Avaliação Geral:

## 2. Sugestão de Conduta:

### 3. Planejamento Terapêutico:



D



BRAIN WILSON

6116

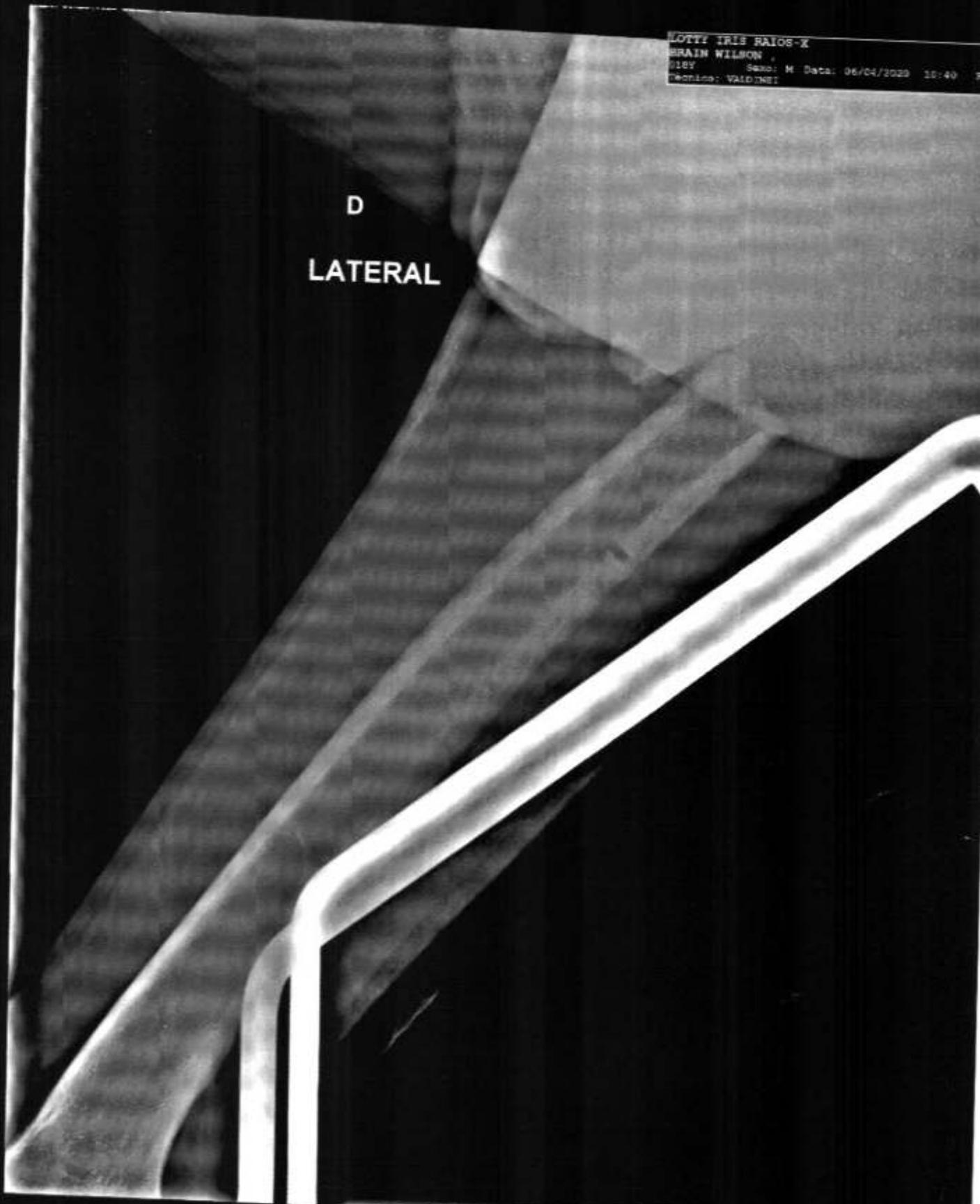
HOSPITAL CORONEL MOTA

Marcos

LOTTZ IRIS RAIOS-X  
ERAIN WILSON  
18Y Sexo: M Data: 06/04/2020 10:40  
Tecnico: VALDINEI

D

LATERAL



AP

D

LOTTE THREE RAYOS-X  
BRAIN MILLON  
0107 880114 DATA: 06/04/2020 10:44  
Ammunition: VALID/NET

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO:

13/10/2016

REGISTRO  
GERAL

239717

NOOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATIVIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Portaria Presidencial - Decreto de 1978

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

P 1

# TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.033 de 29/10/1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5457 de 01/05/1943 que aprovou a CLL. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

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

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação apelam a conduta à qualificação e às atividades profissionais do seu portador.

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

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FONDO DE APOIO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL TRABALHO: [HTTP://TRABALHO.GOV.BR](http://TRABALHO.GOV.BR)

# MINISTÉRIO DO TRABALHO



SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

136.97466.54-1		
5264156	0060	RR

*Brian Wilson*



BRAIN WILSON	
FILIAÇÃO: ALICE WILSON	
NASCIMENTO: 27/10/2001	
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	
NATURALIDADE: BONFIM - RR	
DOCUMENTO: R.G. - 5662435 - 15/08/2018 - SESP - RR	
LEI N° 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995	
CPF: 706.679.212-22	CNH:
TIT. ELEITOR:	SEÇÃO:
ZONA:	
LOCAL DE EMISSÃO: SITEL/RR - BOA VISTA	
DATA DE EMISSÃO: 14/08/2019	
<i>Magnólia Sella - Flávia</i>	
MAGNO FELIX DELLA FLORA Supervisora Regional do Trabalho e Emprego/RR	
ASSINATURA DO EMISSOR	
QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0274468/20

**Vítima:** BRAIN WILSON

**CPF:** 706.679.212-22

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/02/2020

**Titular do CPF:** BRAIN WILSON

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## 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

### BRAIN WILSON : 706.679.212-22

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/09/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROCURAÇÃO

### **OUTORGANTE :**

NOME: Brain Wilson  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Autônomo RG: 5552435  
CPF: 306.679.212-22 ENDEREÇO: ES. Laranjal da Lajinha  
BAIRRO: Boca Vista  
CEP: 69.300-670

VÍTIMA: Brain Wilson  
CPF: 306.679.212-22 DATA DO ACIDENTE: \_\_\_\_\_  
NATUREZA:  DAMS  INVALIDEZ  MORTE

### **OUTORGADA :**

NOME: William Gonçalves Filinto  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: Autônomo  
Nº DO RG: 331717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP- RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16  
Nº CPF: 825.346.343-25  
ENDEREÇO: Rua CC 11, 2994 Lauro de Freitas

### **PODERES:**

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

Brain Wilson, 13 de Maio de 2020

Brain Wilson  
Assinatura

**Obs – Reconhecimento por autenticidade.**

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0274468/20

**Vítima:** BRAIN WILSON

**CPF:** 706.679.212-22

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/02/2020

**Titular do CPF:** BRAIN WILSON

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## 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

### BRAIN WILSON : 706.679.212-22

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/09/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO