

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2938343420201216104053

Processo 0830477-29.2020.8.23.0010 ☆ - (18 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08304772920208230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **BRAIN WILSON**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **16/02/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **21/09/2020**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 21/09/2020 após 7 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 16/02/2020, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **16/02/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ **art.**

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 9 de dezembro de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **BRAIN WILSON**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08304772920208230010.

Rio de Janeiro, 9 de dezembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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

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

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Qualificação: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 (ou CN) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viveres)? ☐ 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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 Polícia: Simone Arruda 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	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: BRAIN WILSON (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 27/10/2001 Idade 18

Profissão: Agricultor

Escolaridade: Ensino Médio Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Bonfim - RR

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
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00028179/2020

Nome Envolvido

Brain Wilson

Envolvimentos

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 PERGUNTADO 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-Denúnciação 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 ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DE FÊMUR 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Qualificação: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 (ou CN) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viveres)? ☐ 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

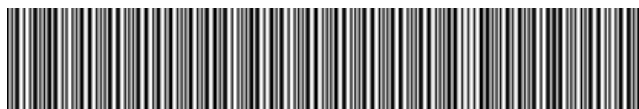
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>W.Franco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3855</u>

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

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante



BOLETIM OPERATÓRIO

BRAIN WILSON

Data: 16, 02, 2020 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta de fêmur prox. ①
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Tratamento cirúrgico fratur. exp. fêmur ②
TIPO DE INTERVENÇÃO: cirúrgico
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo.

CIRURGIÃO: Dr. Elder Soares 1º AUXILIAR: Dr. Janderilhos
2º AUXILIAR: Dr. Janderilhos INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: Dr. Elder Soares ANESTESIA: _____
Ortopedia e Traumatologia ANESTÉSICO: _____
CRM 1828/RR
ANESTESISTAS: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em sala sob efeito anestésico
- ② Anestesia, antisepsia e colocação de campos cirúrgicos
- ③ Limpeza extensiva com IFO, 9% e LITROS
- ④ Fixação da fratura subcondilária da fêmur ① com fixador externo. com auxílio de intensificador de imagens.
- ⑤ Lavagem da ferida sangria + sutura.
- ⑥ Curativo.



Transf: 19/02/2020

SUS 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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

6 - DATA DE NASCIMENTO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

laureta com fx Ex portu
subtrocanterica

HOSPITAL GERAL DE BORAZMA
Av. Brg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel: 95-2121-2622
AUTENTICAÇÃO
28 MAR 2020
Certificação de autenticidade
cópia e Fe. Reprodução original
que foi apresentado neste Hospital

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO Unipco

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

Anamnese + Rx + Ex. Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-FMT 2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CSOR

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050616
5772
W499



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Paralela das Américas"

FICHA DE ANESTESIA

Brian Wilson, 18a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

16102120

AGENTES		N 20		15		30		45		15		30		45		15		30		45	
02		[Handwritten graph showing a sawtooth pattern]																			
LIQUIDOS VENOSOS		[Handwritten notes: 500, 500, 500, 500, 500]																			
DA	°C	[Handwritten notes: 36.0, 36.0, 36.0, 36.0, 36.0]																			
X	38	[Handwritten notes: 36.0, 36.0, 36.0, 36.0, 36.0]																			
ULSO	36	[Handwritten notes: 36.0, 36.0, 36.0, 36.0, 36.0]																			
ANES	34	[Handwritten notes: 36.0, 36.0, 36.0, 36.0, 36.0]																			
X	32	[Handwritten notes: 36.0, 36.0, 36.0, 36.0, 36.0]																			
OP	30	[Handwritten notes: 36.0, 36.0, 36.0, 36.0, 36.0]																			
O	28	[Handwritten notes: 36.0, 36.0, 36.0, 36.0, 36.0]																			
TEMP	100	[Handwritten notes: 36.0, 36.0, 36.0, 36.0, 36.0]																			
ASPIR	80	[Handwritten notes: 36.0, 36.0, 36.0, 36.0, 36.0]																			
A	60	[Handwritten notes: 36.0, 36.0, 36.0, 36.0, 36.0]																			
RESP	40	[Handwritten notes: 36.0, 36.0, 36.0, 36.0, 36.0]																			
O	20	[Handwritten notes: 36.0, 36.0, 36.0, 36.0, 36.0]																			
Export		[Handwritten notes: 36.0, 36.0, 36.0, 36.0, 36.0]																			
Aerol		[Handwritten notes: 36.0, 36.0, 36.0, 36.0, 36.0]																			
Cintre		[Handwritten notes: 36.0, 36.0, 36.0, 36.0, 36.0]																			
SÍMBOLOS		[Handwritten notes: X, O, X]																			

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Ropivacaina 0.5% 15g		RACIOMETERIA Hipodérmica	
B. Clonidina 0.2g 10		Local	
C. Gentamicina 200g 10			
D. Esmolol 50g 10			
E.			
F.			
G.			
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
NODO		Naso / Orofaríngeo - Cíngulo	
SANGUE		Bal - Tampa - Calibre do Tubo	
		Bol - Mascara	
		Dificuldade Técnica	
SP 99% 1500		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL 3600 ml		01:15:11	
OPERAÇÃO		Linha - Espanto - Excesso Saco	
P. K. K. de P. K. R. R.		Depressão Respiratória - Hipoxia	
P. K. K. 10		"Bucking" - Vômito	
ANESTESIA		Hemorragia - Anemia	
B. K. K. / 3600 ml		Bradi Taquicardia - Choque	
CÓDIGO		PERDA SANGÜEA 300ml	
CIRURGIÃO			



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
BRAIN WILSON				16/02/2002	
TIPO		CIRURGIA			
FRATURA DE FEMUR		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		05:00	06:04		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
DR. ELDER SOARES		ANESTESISTA:			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
DR. FIDELIO R.		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
		MARCELO SOARES, ISABEL			
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
Rouquin					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
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			FIO VICRYL Nº 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0	
7	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			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 1500ml		1	FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº 18	
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML		10	KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML		10	GEOFOAM	
	SERINGA 20ML		10	FITA CARDIACA	
				OUTROS:	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA		VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		SUB-TOTAL	
		Blanchette		0	
FUNÇÃO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA	
		MARCELO SOARES		TAXA DE ANESTESIA	
		ISABEL		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			





ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: <u>Ortopédia</u>		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: <u>Brodian Wilson</u>		IDADE:	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data <u>16/02/2020</u>
Bloco:	Enfermaria:	Leito: <u>0</u>	Nº da Sala <u>04</u>	Circulante de Sala: <u>Isabel, Socorro, morada</u>	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: <u>Pequena Cirurgia</u>					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ()		Dados Adicionais:		Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT		
<u>01</u>	<u>Fixador Externo 350 mm</u>	<u>09</u>		
ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39440000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350 Ref.: 4747/83 Lot.: 19L000000 Registro ANVISA: 10228710005 ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39440000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350 Ref.: 4747/83 Lot.: 19L000000 Registro ANVISA: 10228710005				
MÉDICO CIRURGIÃO: <u>Dr. Elden Soares</u> Ortopedia e Traumatologia CRM 100000 1º AUXILIAR: <u>Dr. Paulo R.</u>				

Empresa ()		Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM ()		Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT		
MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____				

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
2º OPME/CME

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

Name: Braden Wilson

Data de Nasc: 27 / 10 / 2001 Idade:

Setor/Leito:

1997

Setor/Leito: _____ . _____

Data: 16/02/2020

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

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (☒) NãoDate.

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA			
Cirurgia Proposta:				Início da Anestesia		Início da Cirurgia		Término da Cirurgia		Término da Anestesia	
1. Informações: Jejum () Sim (X) Não Prótese () Sim (X) Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade (X) Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim (X) Não Qual:				04:20		04:25		05:00		06:04	
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Deambulando (X) Consente () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado				Cirurgia Realizada		Anestesia		Posicionamento		Cirurgia	
3. Sinais Vitais: T °C R rpm FC bpm PA mmHg SAT %				Realizada em Ginecologia		Raqui		Dorso		Evolução da Ginecologia	
4. Anotações (Admissão do Paciente): Admitido para realizar pro- sedimento ortopédico. Informa que fez cirurgia de mão e tornozelo de paciente antes de admitir.				Hidratação Infundida		Antibiótico/terapia		Hemoderivados		Localização	
Qual:				SF 0,9%:		Nome: <i>Andréa</i>		CH: <i>0</i>		1. Sonda	
Outros:				SG 5%:		Dose:		Plasma: <i>0</i>		2. Curativo	
5. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Deambulando (X) Consente () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado				Outros:		Hora:		Plaquetas: <i>0</i>		3. Dreno	
6. Sinais Vitais: T °C R rpm FC bpm PA mmHg SAT %				N° de Compressas oferecidas:		N° de Compressas recolhidas:		Anátomo Patológico:		4. Acesso venoso	
7. Sinais Vitais: T °C R rpm FC bpm PA mmHg SAT %				Exames na SO:		() Ht () Hb () Hemograma () RX () Gasometria () Outros:		N° Peças:		5. Outros:	
8. Sinais Vitais: T °C R rpm FC bpm PA mmHg SAT %				Legenda:		1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venóclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote		11. TOT (X) Não () Sim N° 12. SVD (X) Não () Sim N° 13. Outros:		14. Sinais Vitais: Saída da SO T °C R rpm FC bpm PA mmHg SAT % (X) Regular () Irregular	
9. Sinais Vitais: T °C R rpm FC bpm PA mmHg SAT %				Balanço Hídrico (Pré/Intra/Pós Operatório)		Entrada		Saída		15. Sinais Vitais: Saída da SO T °C R rpm FC bpm PA mmHg SAT % (X) Regular () Irregular	
10. Sinais Vitais: T °C R rpm FC bpm PA mmHg SAT %				Balanço Hídrico (Pré/Intra/Pós Operatório)		Entrada		Saída		16. Sinais Vitais: Saída da SO T °C R rpm FC bpm PA mmHg SAT % (X) Regular () Irregular	

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Brian Wilson
Responsável Cirurgião m. Geda

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

☒ MONITORAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☐ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura [Assinatura]

Hora: 16:20

Data: 16/07/20

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista R.2 Jox Neto

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente

☒ Sítio cirúrgico

☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☒ Sim, clindamicina +

Qual: gentamicina Hora: 04:40

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☒ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo [Assinatura]



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Brown Wilson		
AGNÓSTICO	Rx exposta subtrocanterian (D)		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO		NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO		DATA 16/02/00
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SAD	
3	SF 0.9% 500ML EV 8h = 6/6 hs	manter	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	18.	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06. 12	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	06. 12	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	N.T.F.	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	06.	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	06. 12	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	06. 12	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	06. 12	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	06. 12	
13	SSVV + CCGG 6/6 H		
14	CURATIVO DIÁRIO	DIÁRIO	
15		DIÁRIO	
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 > 7
DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. Uir

601-02



Bx7 - HC

CWA

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 17/10/20

PACIENTE: Brian Wilson

DIAGNÓSTICOS: Excesso de peso (D) DN: 27/10/2001

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: 601-2

2- PACIENTE: ☒ ACAMADO () DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR3- DIETA: ☒ VIA ORAL () SNE () OUTRA4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? () SIM ☒ NÃO
() AGUARDANDO5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ☒ SIM () NÃO
() AGUARDANDO6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? ☒ SIM () NÃO
() AGUARDANDO7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM ☒ NÃO
() AGUARDANDO

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS:

PA: 121/61 FC: 67 TEMPERATURA: 36,8 SATO2: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Analgesic + Antibiotic

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

By 1201E, AAA, SI important in mm-Jd /
aguardo programação cirurgia

Boa Vista, 17 de 02 de 2020 Hora: _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM: 1615
Coordenador NIR

CRM: _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR

☒ HC () HLI () HMI () OUTRO

CRM: _____

autorizando a transferência do paciente para:



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
OSTEOSSINTESE 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 RAO 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

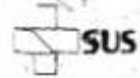
quinta-feira, 7 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Don Martins
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 20.518

NIR

Transf: 19/10/2020



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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

6 - DATA DE NASCIMENTO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

laurete com fx Ex poster
subtrocanterica

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tto Unifco

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

Anamnese + Rx + Ex. físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fx Ex poster subtrocanterica

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Elden
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

16/7/20

0408050616
5722
W475



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

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

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

2001220896

16/02/2020 01:52:22

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 7

Paciente **BRAIN WILSON** Data Nascimento **27/10/2001** Idade **18 A 3 M 20 D** CNS CPF 07 Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo **M** Estado Civil **Pai** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **BRASILEIRA**
Mãe **ALICIA WILSON** Contato
Endereço **RUA - VILA DO PASSARAO - SN - - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. Registrado por: **ALEXSANDRO PEREIRA**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 15h)
*Relato pelo pai Brain por queda de moto
com trauma em caxa direita (PUNHA DE FURTO)*

Exame Físico
*Estimado - Glasgow 15
EC 115 - SpO2 98%*

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

*S. Fisiológico 100% vit IN
TIPIMONA 29 IV
TICATIL 40mg IV*

02:24 DATOPEOLIA

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Impresso por: alexsandro.pereira
Data Hora: 16/02/2020 01:54:10



2001220896



BOLETIM OPERATÓRIO

Brain Wilson

Data: 16, 02, 2020. O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta da fêmur prox. (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Tratamento cirúrgico fratur. exp. fêmur (D)

TIPO DE INTERVENÇÃO: cirúrgico

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo.

CIRURGIÃO: Dr. Elder Soares 1º AUXILIAR: Dr. Jovianilos

2º AUXILIAR: Dr. P. P. P. INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: Dr. Elder Soares ANESTESIA: _____
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em sala sob efeito anestésico
- ② Anestesia, antisepsia e colocação de campos cirúrgicos
- ③ Incisão extensiva com 150,0% e 45°
- ④ Fixação da fratura subcondral da fêmur ① com fixador externo. com auxílio intensificador de imagem.
- ⑤ Lavagem da hemostasia + sutura.
- ⑥ Curativo.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Brian Wilson, 18x

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

16/02/20

AGENTES	4 20	15	20	45	15	30	45	15	30	45
	02									
LÍQUIDOS VENCIDOS										
DA	°C	340								
X	38	220								
ULSO	●	36	200							
ANES	X	34	180							
OP	○	32	160							
TEMP	□	30	140							
ASPIR.	A		120							
RESP	O		100							
			80							
			60							
			40							
			20							
	Export									
	Assist									
	Contro									
SÍMBOLOS										

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Propofol 10g	0,5g 15x	Propofol 10g	1 - teste de monitorização, respiração, um, ruído, pulso
B. Lidocaína	200g 10	Lidocaína	2 - resumo 2 minutos
C. Gentamicina	200g 10		3 - resumo 10 minutos
D. Esmolol	50g 10		4 - posição do paciente
E.			
F.			
G.			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Canais - Naso / Oro Faríngea	
NDCD		Naso / Orofaríngea - Cego	
SANGUE		Bul - Tamp - Calibre do Tubo	
		Solo Máscara	
		Dificuldade Técnica	
SP 9,9g 2500		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL	2500 ml	01:15:00	
OPERAÇÃO	Pixouli A. Procto R.		
	Pixouli 10		
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
Brian / 500g R.		Procto / 500g	300ml



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
BRANILSON				16/02/2023	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
FRATURA DE FEMUR		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		05:00	06:04		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:				
Dr. ELDER SOARES	RES. ANESTESIA:		JOSE NETO R2		
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
Dr. Pedro R1					
2º AUXILIAR	CIRCULANTE				
	MARCUS SOARES, ISABEL				
TIPO DE ANESTESIA: R00000		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
10	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		10	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 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 20		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº 2.0	
	DRENO DE SUÇÃO Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº 2.0	
1	DRENO DE TORAX Nº 2.0		1	FIO PROLENE Nº 2.0	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº 2.0	
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML		10	KIT CATARATA Nº 2.0	
	SERINGA 10ML		10	GEOFOAM	
	SERINGA 20ML		10	FITA CARDIACA	
				OUTROS:	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA		VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	ORTOBINTESE IND. E COM. LTDA		SUB-TOTAL	
	Alvina	Tel.: 55(11)39494000			
	ANA BEATA	FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	Ref.: 4747/03			
	MARCUS SOARES	Lote: 19A000617			
	ISABEL	Registro ANVISA: 10220710005			
		TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

Name: Brian W. Olson

Data de Nasc: 27 / 10 / 2001 Idade: 18 Setor/Leito: _____

Data: 16/02/2020

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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA								
Cirurgia Proposta:		Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais							
									Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR	
1. Informações:									0'		83		100			0
Jejum () Sim (X) Não									15'							
Prótese () Sim (X) Não									30'							
Exames () Sim () Não									45'							
Reserva UTI () Sim () Não									1h							
Lateralidade (X) Sim () Não									01:30 h							
PNE () Sim () Não									2 h							
Alergia () Sim (X) Não									Observações:							
Qual:																
Reserva de Hemoderivado:																
() Sim (X) Não																
Outros:																
2. Chegada ao Centro Cirúrgico:																
() Decubulando																
(X) Consciente																
() Com Suporte de O2																
() TOT																
() Agitado																
3. Sinais Vitais:																
T °C																
R rpm																
FC bpm																
PA mmHg																
SAT %																
() Regular () Irregular																
4. Anotações (Admissão do Paciente):																
admitido para																
realizar pro-																
cedimento																
ortopédico.																
informar que																
foi candidato de																
plata a comen-																
te pós-cirúrgico																
vital																
e monitorar																



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Brian Wilson
Responsável Cirurgião Dr. Celso

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

☒ AUMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALÉRGIA CONHECIDA

- ☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

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

Data 16/02/20 Assinatura [Assinatura] Hora: 13h45

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. João Roberto

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☐ Não se aplica

☒ Sim, clindamicina +

Qual: gentamicina Hora: 04:40

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim

- ☐ Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

- ☒ Sim ☐ Não

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

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

- ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- ☒ Sim ☐ Não

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

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Wilson		
AGNÓSTICO	X		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	16/08/20
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		manuten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N - 6/6 hs		18h
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		20h
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		20h
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA //		NRF
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 //		08h
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		04h
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		03h
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		03h
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		ROTINA
13	SSV + CCGG 6/6 H		DIÁRIO
14	CURATIVO DIÁRIO		
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: Pedro de S. Fausto
 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
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR/2028

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

P. V. V.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018



Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

Bertam Wilson

Leito:

6012

Data:

10/21/2020

Localização			Região: <u>Fala direito</u>			Região: _____
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u>Tracão</u> ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____		Grau: I () II ()	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Tracão</u> ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____		
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros _____		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____			
Pele Perilesional	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Seco ☐ Outro: _____		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguineo ☐ Seco ☐ Outro: _____			
Tipo de Exsudato	☒ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco			
Quantidade de Exsudato	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%			
Solução de Limpeza	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: <u>com penne esfarelhado</u>		☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____			
Cobertura primária	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h			
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-SP 507.095/TE		Larissa Almeida Técnica em Enfermagem COREN-SP 1.247.428-TE			
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 subscapular de fêmur				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	601-2	DATA	18/08/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8h				08/08h
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				10
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				10
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				08/8h
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				12
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				10
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				12
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSV + CCGG 6/6 H				08/8h
14	CURATIVO DIÁRIO				08/8h
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. Odinechi Okonji
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18810

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	120x80	78	20
18 H	132x81	89	20
24 H	120x60	98	20

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	F. exp. subtração de (S)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	600-2	DATA	19/02/12	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND.
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANUTEN.
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SA.
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				10.16.22 04
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				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				12.20 04
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SA.
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				10.16.22 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				12.24
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				ADINA.
14	CURATIVO DIÁRIO				UNAFLO.
15	Ulexa 40 SC 1x12h				16.
16					
17					
18					
19					
20	Ao Plano A				
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	132/93	86	35.3°C
18 H			
24 H			

Dr. Marcos Aguiar
 MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



BXF - HC

Ura

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 27.10.2020
PACIENTE: Braim Wilson DN: 27.10.2020
DIAGNÓSTICOS: Exame sublinhado

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: 601-2

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: 118/1 FC: 67 TEMPERATURA: 36,8 SATO2:

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Analgico + Antibiótico

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

By 12015, AAA, 51 importante em um JI /
aguardando programação cirurgia

Boa Vista, 27 de 02 de 2020, Hora:

Dr. Marcos Aguiar CRM /
Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Dr. Pedro Di Giovanni CRM 1615
Coordenador NIR CRM /

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

☒ HC () HLI () HMI () OUTRO

NIR

NIR

Anexo I

Transf: 01/04/2020



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

BRAN Wilson

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

81918005810708593

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/10/02

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

178450

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Alicia Wilson

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Passaço

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

140010

15 - UF

RN

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Romção de material de filtro e
colocação de fixação transitoria

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

4to cirurgia

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

Rx + E. r. h. w.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fx femur (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia de fx femur (D)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Vitor Montenegro

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Vitor Montenegro
Ortopedia
Tribunal de Ética 665

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

21/3/20

0408060360

7847

YR38

Ata ep - 0408050098

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 31/03/2020

O.S. _____

BRAN WILSON

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fx femur (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

RMS DE FIXADOR EXT + TRACÃO TRANSFEMORAL (MIO)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Vitor Montenegro

2º AUXILIAR:

Fernando R3

3º AUXILIAR:

Otonachi R3

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

Bruno Figueiredo

INSTRUMENTADORA:

Den (R3)

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em DA sob efeito Analgésico,
- ② AA e CC S;
- ③ Rotina de fixador externo p/ fratura de femur (D);
- ④ Colocação de tração transfemoral
- ⑤ A RFA

Dr. Vitor Montenegro
Traumatologia - Ortopedia
CRM-RR 888


Bruno Vieira
CRM 1231 RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Brain Wilson

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº Boa 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											
QUIDOS	A	M										
VENOSOS	5	0										
	0	2	500 ml									
DA	°C	240	SR 2 + IC =									
X	38	220	100% - 49%									
ULSO	36	200										
ANES	34	180										
X	32	160										
OP	30	140										
O	120											
DELIP	100											
SPUR	80											
A	60											
ESP	40											
O	20											
	Expon	000000										
	Asist											
	Contro											

SÍMBOLOS

2 0

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Supravacina 125mg	Supravacina lombar	Check list + monitorização (SpO ₂ FC + ECG + PNI)
B		Supravacina lombar com	
C		Supravacina lombar com	
D		Supravacina lombar com	
E		Supravacina lombar com	
F		Supravacina lombar com	
G		Supravacina lombar com	
GLICOSE	LIQUIDOS		
NDOD			
SANGUE			
SP0,9% 500 ml			
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
ANESTESIA			
Dr. Wilson			
Res. Dr. Wilson			
CÓDIGO		CHIRURGIA	
		Dr. Vitor / Dr. Bruno	
			PERDA SANGÜÍNEA

Encaminhado paciente SPP

OK



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

NOME DO PACIENTE		APTO OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Bram Wilson		107-01		31/03/2012
CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
RMS + Tracção transesquática em MID		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
(Sínus D)		16:30	16:35	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		
Bruno Figueiredo		Tibassara		
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		
Vitor Montenegro		R. Andreza		
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
R. Fernando				
TI DE ANESTESIA		CIRCULANTE		
Raoni		Ozônio / Daimundo		
QUANT.		MATERIAIS	VALOR	QUANT
7	COMPRESSAS C/03			MEDICAMENTOS
11	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500ml
1	GUATO ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
	GUATO ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	GUATO ESTERIL 8.0			FIO VICRYL Nº
	GUATO ESTERIL 8.5			FIO MONONYLON Nº
2	GUATAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M/G)			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
1	GUATO BISTURI Nº			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
	GUATO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	GUATO DE TORAX Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
	GUATO DE PENROSE Nº			FIO PROLENE Nº
	SERINGA 01ML			FIO SEDA Nº
2	SERINGA 03ML			SURGICEL
2	SERINGA 05ML			CERA P/ OSSO
1	SERINGA 10ML			KIT CATARATA Nº
1	SERINGA 20ML			GEOFOAM Espuma macia
2	Eletrólitos			FITA CARDIACA Agulha nº 26
1	Carteira de O ₂			OUTROS: Verdina 21-
MATERIAIS E INSTRUMENTOS CONSUMIDOS EM SALA		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
DOS RESPONSÁVEIS		VALOR		
ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS		
Carlos / Rebeca		SUB- TOTAL		
CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



ESTADO DE RORAIMA

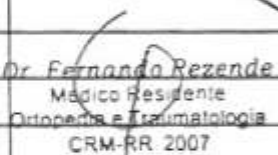
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Tração Trombosedática em M.I.	
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: Olívia / Raimundo	

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:
Fio de Staimann

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT	
01	Fio de Staimann	01	
 Dr. Fernando Rezende Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 2007			
MÉDICO CIRURGIÃO: Bruno Figueiredo		1º AUXILIAR: Vitor Mendonça	

INSTRUMENTADOR:

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

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ **1º AUXILIAR:** _____**INSTRUMENTADOR:** _____

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

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

Date: 31/03/20

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA			
1. Informações: Cirurgia Proposta: <u>RMS + Dreno</u> Jejum () Sim () Não Prótese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: <u>ASA</u> Reserva de Hemoderivado: () Sim () Não Outros: _____				2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Desmaiando <u>NAO</u> () Consciente () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado				3. Sinais Vitais: T _____ °C R _____ rpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % () Regular () Irregular			
4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Admissão em 15:57</u> <u>Preparação cirúrgica</u> <u>Antes e depois</u> <u>Preparação cirúrgica</u> <u>Preparação cirúrgica</u>				Entrada na Sala: 15:57 16:07 16:10 Anestesia Realizada: <u>RMS + Dreno</u> Anestesia: _____ Posicionamento: <u>Dorsal</u> Hemoderivados: _____ CH: _____ Plasma: _____ Plaquetas: _____ Anátomo Patológico: _____ N° de Compressas oferecidas: _____ N° de Compressas recolhidas: _____ Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () RX () Gasometria () Outros: _____				Sinais Vitais: T _____ °C R _____ rpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % () Regular () Irregular			
5. Anotações (Saída do Paciente): <u>17:00</u> <u>Preparação cirúrgica</u> <u>Antes e depois</u> <u>Preparação cirúrgica</u> <u>Preparação cirúrgica</u>				Sinais Vitais: T _____ °C R _____ rpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % () Regular () Irregular				6. Anotações (Alta do Paciente): T _____ °C R _____ rpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % () Regular () Irregular			

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Dr. Wilson
Responsável Cirurgião Dr. Wilson

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim () Não () Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não () Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não
() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

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

Dr. Wilson

Assinatura

Horas: 16:21

Data 21/09/2020

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Wilson

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

() Sim,

Qual: _____

Horas: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO

REGISTRADO

☒ Sim () Não

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

☒ Sim () Não () Não se Aplicam

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

() Sim () Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() Sim ☒ Não

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

☒ Sim () Não () Não se Aplica

Dr. Wilson

Assinatura e Carimbo

207-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
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 PERIFÉRICO				Mantido
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				20.02.08 19
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
7	NALBUPFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				S/N
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				22 08 19
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				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				S/N
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Revisar
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	Ceftriaxona 1g @ 12h 12/12h				21: 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; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	110/69	79	36.2

Bruno Vieira

CRM 1231 RR

Médico Residente

Ortopedia e Traumatologia

MEDICO RESIDENTE

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ob hora

PA=101/59

FC=71

T=36.2

medicações e SSVV
 realizada c.p.m

Martelina Sampaio Ferreira
 COREN-RR 754419 TE



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

Eu Braim Wilson CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 01 de Abril de 20 20.

Assinatura do paciente: Alice Wilson

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____
Dr. Anderson P. Silva
Médico
Clínica e Instrumentação
CRM-RR 1733 RQE 676



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

107-1
B1A

DATA: 30/03/20

PACIENTE: Buiin Wilson

DN: 22/10/01

DIAGNÓSTICO(S): Fr. femur

DIH: / /

KANBAM: Dieta:

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

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS:

CULTURAS (/ /):

IMAGEM

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

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

Cl: HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Procedimento agendado para cirurgia (31/03) RMS + fixar
ossoes em omeia

Boa Vista, 30 de

Dr. Leonardo Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1715 RQE-814

de 20 22 Hora:

CRM 1715 / RR

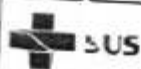
Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico

Dr. Magda N. M.
Linha Médica
CRM-RR 944/RR

CRM /



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

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

2 - CNES
231965-9

4 - CNES
231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
BRAIN WILSON

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
898005670708593

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO
00178450

11 - NOME DA MÃE
ALICIA WILSON

8 - DATA DE NASCIMENTO
27/10/2001

9 - SEXO
1 - Masculino

10 - RAÇA / COR
PARDA

10.1 - ETNIA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
BRAIN WILSON

12 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA: VILA DO PASSARAO - SN ..

14 - TELEFONE DE CONTATO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
BOA VISTA

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO
140010

18 - UF
RR

19 - CEP

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

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA
CIRURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
ELETIVO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
31/03/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - CDD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

☐ CNS

☐ CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

BRAIN WILSON

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

178950

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898005870708593

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/10/01

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

ALICE WILSON

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. 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 CLÍNICO + COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

ORTOPEDIA

() CNS

(X) CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAYNE BEZERRA MAGALHÃES

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10 / 04 / 2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

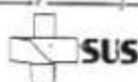
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



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

BRAUN WILSON

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/10/2021

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com Fx Fêmur ①

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

Exame clínico + imagem

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx Fêmur ①

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERUSCAS

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Don. Assis

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

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 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

0308010019 - 1023

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA 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			SW
	AVP			
	TRAMAL 100MG + SF0,9%100ML EV 8/8H			
	Omeprazol 40mg EV ou VO 1x dia			
	DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS SN			
	ONDANSETRONA 8MG EV ou VO 8/8 HORAS SN			
	Dextro de 6/6h			
	Correção de glicemia conforme tabela ao lado			
	CAPTOPRIL 25MG ICP SE PAS> 160mmHg e/ou PAD 110mmHg			
	SSVV + CCGG			
	CURATIVO DIÁRIO			

Obs: Troca de medicação
mSE, jelsco 20.
T.E: Antônia

medicação em prescrição
mues: 18/4

EVOLUÇÃO: PACIENTE MASCULINO, 18 ANOS, SEM COMORBIDADES, COM FX EM FEMUR D, COM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AGENDADO PARA O DIA 14/04/2020.		
CONDUITA: 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	Chamar Plantonista
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL		

REGISTRO DE ENFERMAGEM				
SINAIS VITAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
PA	118/74			120/80
FC	82			79
Tax	36,50			36,20
FR	19			20
Evacuação	-			-
Diurese	+			+
Dextro				
Insulina Regular				
SNG				
Dreno				

RESCRIÇÃO MÉDICA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

Leito 53

SETOR:	ENF:	LEITO: 53	DN: 30/10/70	DIHC: DICanarinho: 11/04
NOME: DARIO HENRIQUE MONTERO				
HD: FRATURA DE COLO DE FEMUR ESQ				
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
11/04/2020	1. DIETA ORAL LIVRE.			SND
22:45	2. AVP			MANTER
	3. SF0,9% 500ML EV ACM			ACM
	4. Omeprazol 40mg EV ou VO 1x dia			06h
	5. DAPIRONA 1G EV 6/6 HORAS			12, 18, 24, 06
	6. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8H EV SN			SN
	7. ONDANSETRONA 8MG EV ou VO 8/8 HORAS SN			SN
	8. TILATIL 20MG EV 12/12H			SN
	9. CAPTOPRIL 25MG ICP SE PAS > 160mmHg e/ou PAD 110mmHg			SN
	10. SSVV + CCGG + DEXTRO 6/6h			ROTINA
	11. Correção de glicemia conforme tabela ao lado			ATENÇÃO

[Assinatura]
Dra. Camilla
CRM-PR 2150

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 CONDUITA PELA ORTOPEDIA.

CONDUITA: 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 <i>Chamar Phlebotista</i>

GH 50% 40 ml EV, em *bolus*, se Glicemia < 70 mg/dL.

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

Horário	06h	11h	17h	23h
PA	140/80			140/100
FC				
Tax	35%			37°C
FR	20			20
Evacuação				
Diurese				
Dextro	155.			110mg/dL
Insulina Regular				
SNG				
Dreno				

22/04/20 - adm. med. e pm. afeto SSVV.

seguido a evolução da enfermagem.

Maria Antônia
Aux. de Enfermagem
CRM-PR Nº 243.294



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas –

HGR

Protocollo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: Bouxau Wilson

Leito: 52.

Data: 14 / 04 / 2020

Localização	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ? * () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	() Necrose; Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____
Pele Periferecional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Anne Karoline Macedo Sousa Aux. em Enfermagem COREN-PR 461.540 - AE Emiliaque dos Santos Silva Enfermeira COREN-PR 47.002 - AE Jurandir Gomes de Lima Avaliação e Enfermagem Cran-PR 389.803 Psicólogo Trabalho em Enfermagem - ENF COREN-PR 469.574 - ENF
Observações:	

Leito 52
L 52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	11/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 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					12 24
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				
12	CURATIVO DIÁRIO				8 16 24
13					ROTINA
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					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100x60	77		36	
12 H	100x60	89		36,3°C	
18 H	100x70			36,2°C	
24 H	100x60	80		36,2°C	

Brúno Vieira
CRM 1231 RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

Diurese +
evacuação
8h: part. lúcido, orientado
palpando, respirando em
ambiente; AUP em MSE sem
sinais fisiológicos.
em dieta, nega queixa
nos membros de Ext. TE Rôm.

L52

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	12/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN 06
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	SIMEFICONA 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					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CIRURGIA MARCADA P DIA 14/04

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

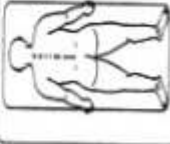
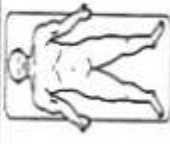
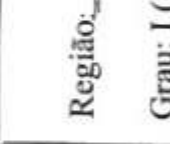
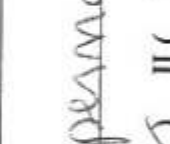
Dr. Lael do Santos da Silva
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

85: As 18:00 o paciente no leito e não tem medicação de horário exceto o item 11 sem intercorrência e segue as orientações de enfermagem.

Isadora da Silva Araújo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000 461 072

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo: 1º I	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <u>Bráim Nilson</u>	Data: <u>12/04/2020</u>			
Leito: <u>52</u>					

Localização			Região: <u>perna direita</u>			Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>01</u> Tração <u>01</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I (X) II ()				Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____					() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	() Normal () Macerado (X) seca () Eritema / Rubor () Outro: _____					() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Sero&sanguineo (X) Seco () Outro: _____					() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Sero&sanguineo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (X) Seco					() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%					() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>gaze de 4x4</u>					() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 () Diário (X) 48/48h					() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Larissa Alves Mota</u> Téc. em Enfermagem COREN-RR 1.347.428 - TT CONVENIR 994.622	<u>Edicleia Carvalho Gotado</u> Téc. em Enfermagem CONVENIR 507.795/TE				<u>Selma Paula F. da Silva</u> Téc. em Enfermagem CONVENIR 488.579-ENF
Observações:						

52

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

DATA DE ADMISSÃO			E		DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON					
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D					
ALERGIAS			HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE			LEITO	52	DATA	13/4/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO APÓS 22H					OBSERVAR
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM					ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA					6h
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	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H					8h
11	CURATIVO DIÁRIO					ROTINA
12						
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

Dr. Bruno Vieira
CRM 1284-ROR
13-ABR. 2020

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CIRURGIA MARCADA P DIA 14/04

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

10:00h: Jtm 10 mais sem no setor

SSM, ali e codas

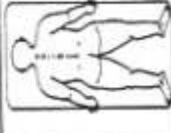
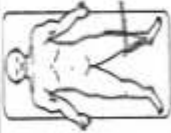
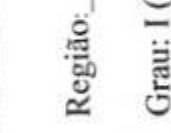
Reina Marcelle de S. Campello
Téc. Enfermagem
RORAIMA 2019.04.13

18h P641 2400 SSVV + CCGG

Plantão no setor
Geral B-
Ferreira Aguiar
SS VV

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <u>BRAIN WILSON</u>	Data: <u>13/04/20</u>		

Localização			Região: <u>M.D</u>		Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : ☒ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I (☒) II ()	Grau: I () II ()		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____			
Pele Perilesional	(☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____			
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (☒) Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (☒) Seco	() Molhado () Úmido () Seco			
Solução de Limpeza	(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Cobertura primária	(☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			
Troca	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<u>Maria de Fátima N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709	<u>Mônica Reis Farias</u> Técnico em Enfermagem COREN-RR 453.554	<u>Julienne Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554	<u>Eliscléia Carvalho</u> Técnico de Enfermagem Tratamento de Feridas COREN-RR 448.519-EN	<u>Gotado</u>
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
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
5	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				ROTINA
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				ROTINA
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					
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

16
17 8 16 24 ROTF

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

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

12:00h. Jtar H não tem no Sitar
57m, 200g, 1.60m

As 18h paciente no leito realizado
SSVV. Paciente sem queixa de dor
Presente

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

Adm. medicação CPIM.
paciente w/ queixas, 2020
no período.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020



Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente: *Grain Wilson*

Leito: 52

Data: 14/04/2020

Localização			Região: <u>MTD</u>		Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (☒) Trauma : <u>Q</u> Tração <u>Q</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____		Grau: I (☒) II ()	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização (☒) Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____			() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	
Pele Perilesional	(☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____			() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (☒ Seco () Outro: _____			() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (☒ Seco			() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% (☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%			() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 (☒ Diário () 48/48h			() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<i>Ass. Enf. Rosângela Macedo Sousa</i> Enfermeira	<i>Ass. Enf. Rosângela Macedo Sousa</i> Enfermeira	<i>Ass. Enf. Rosângela Macedo Sousa</i> Enfermeira	<i>Ass. Enf. Rosângela Macedo Sousa</i> Enfermeira	<i>Ass. Enf. Rosângela Macedo Sousa</i> Enfermeira
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	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>sem acesso</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				26
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				NP 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 D/LML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	130 x 90	78		36.4	
12 H	117 x 7	-	-	36.4	
18 H	123 x 10	88		36.5	
24 H	160 x 10	75		36.3	

Dr. Loel dos Santos da Silva
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

11: Paciente no leito, verificando SSVV
não tem o membro superior direito. Aus. Pericula.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Paciente:

Brain Nilson

Leito:

52

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Data: *15/04/2020*

Localização		Região: <i>perna direita</i>		Região:
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☒ Tração ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	Grau: I (☒) II () ☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:		Grau: I () II () ☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros
Pele Perilesional	☐ Normal ☐ Macerado ☒ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☒ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☐ Úmido ☒ Seco	☐ Molhado ☐ Úmido ☒ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco
Solução de Limpeza	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%
Cobertura primária	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:		☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:
Troca	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonildes Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507 795/TE	Bilsielei Carvalho Gotado Garante do Paciente Tratamento de Feridas Eritema / Rubor COREN-RR 1.347.428 - TE		Bilsielei Carvalho Gotado Garante do Paciente Tratamento de Feridas Eritema / Rubor COREN-RR 1.347.428 - TE
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	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				
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN <i>24h</i>
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				
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				<i>8 16 24</i>
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					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x70	75		36,0°
12 H	100/60	80		36,5°
18 H				
24 H	100x65	90		36,5°

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

7as 13hs
pac mantendo Traça. Não foi administrado
medicação das 8hs porque não tem
na farmácia Tei *R. B. B. B.*

Miguel da Encarnação A. Nogueira
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
COREN/RR 1 431-TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Versão:08

Elaborada: 02/2013.

Atualizada: 2/2020

Protocollo n° 1

Núcleo de Enfermagem em

Treatment of Wounds -

HGR

Paciente: BEAVER WILSON

Data: 16 104 120

Leito: 52



Localização	Região: <u>MIO</u>	Região: <u>II</u>
Etiologia	Grau: I ☒ II ☐ () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : ☒ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I ☐ II ☐ () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : ☐ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
Pele Perilesional	() Normal () Macerado ☒ Seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo ☒ Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido ☒ Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% ☒ Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 ☒ Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Mônica Reis Pires 14630-000823-004 COREN-RR 000823-004	Eliscléia Carvalho 14630-000823-004 COREN-RR 000823-004
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	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				NTF
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					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

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

farmácia não disponibiliza

Leitura AUP
por Gabriel 22

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	130/70	75		36,0
12 H	120/70	68		36,2
18 H	130/90	96		36,4
24 H	120/80	84	20	36,8

12:00h. Afecido SSVU. Item 11. não tem na farmácia.
13:00 as 19:00h. Gcm. med. CRM + SSVU + cuidados de enfermagem

Dr. João G. M. Araújo
Téc. de Enfermagem
CRM-RR 1234

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Unidade de Referência

HGR

Paciente: Bruna Wilson

Leito: 32

Data: 17/04/2020

Localização		Região: <u>ME D</u> Grau: I (☒) II (☐)		Região: _____ Grau: I (☐) II (☐)
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (☒) Trauma : Tração () Fixador Externo (☒) ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : Tração () Fixador Externo () ortopedia () Outro:		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (☒) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros		
Pele Perilesional	(☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo (☒) Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro:		
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (☒) Seco	() Molhado () Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura primária	(☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		
Troca	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	 Maria de Fátima N. Viana Enfermeira CNPJ 08.140.701-0001 Trabalha no Hospital de Referência de São Paulo	 Maria de Fátima N. Viana Enfermeira CNPJ 08.140.701-0001 Trabalha no Hospital de Referência de São Paulo	 Maria de Fátima N. Viana Enfermeira CNPJ 08.140.701-0001 Trabalha no Hospital de Referência de São Paulo	 Maria de Fátima N. Viana Enfermeira CNPJ 08.140.701-0001 Trabalha no Hospital de Referência de São Paulo
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 **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	18h
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H	8h 16h 24h
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		

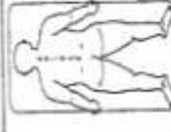
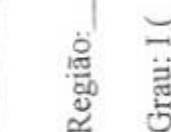
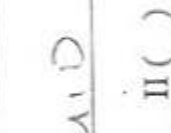
EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110 x 83	72	-	35,5°C
12 H	100/70	73	23	36,1°C
18 H	100/70	78	20	36,2°C
24 H	115 x 72	68	-	36,2°C

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

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <i>Brain Wilson</i>	Data: <i>18/04/2020</i>		
Leito: <i>6.52</i>					

Localização			Região: <i>M.D</i> Grau: I () II ()			Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ☒ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ☒ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	(☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	(☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (☒) Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (☒) Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (☒) Seco	() Molhado () Úmido (☒) Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (☒) Diário <i>manhã</i> () 48/48h	() 12/12 (☒) Diário <i>manhã</i> () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Larissa Alves Mota</i> Técnica de Enfermagem COREN-RR 407795/TE	<i>Adonilde Vieira Araujo</i> Técnica de Enfermagem COREN-RR 407795/TE	<i>Carla de Vasconcelos</i> Enfermeira COREN-RR 407795/TE	<i>Carla de Vasconcelos</i> Enfermeira COREN-RR 407795/TE	<i>Carla de Vasconcelos</i> Enfermeira COREN-RR 407795/TE	<i>Carla de Vasconcelos</i> Enfermeira COREN-RR 407795/TE
Observações:						

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				-8
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					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	110/80	63	21	36.2	João de Almeida Paixão Filho
12 H	170x80			36.8	Técnico de Enfermagem
18 H	180x70	91		36.6	Coram/RR 001.033.751-TE
24 H	110/60	74	23	36.9	

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

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	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				8 16/24
11	SIMETICONA 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: 5UI; 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 VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100x60	74		36.5
12 H	143x40	70		35.8
18 H	120/80	72		36.1
24 H	120x70	68		36.1

Dr. Lúcio Santos da Silva
Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

Re: cad. SSV
Téc. Enfermagem
Raíssa Marcelle de S. Campello
Téc. Enfermagem
COREN-RR 903.942 - TE

Observar - Paciente no 1º andar
na enfermaria observando o
Plano, segue os cuidados
de enfermagem.

Diógenes Peixoto Silva
COREN-RR 799.581 - TE

18h. Apêndio SSV, adm
ministrando medicação
e.p.m, segue nos cuidados.
Jacqueline Moura de Aguiar
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 54997-TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: *Brayan Wilson*Leito: *52*Data: *20/04/2020*

Localização		Região: <i>M-1 D</i>		Região: _____ Grau: I (☒) II (☐)
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (☒) Trauma : <i>D</i> Tração <i>Fixador Externo</i> () ortopedia () Outro: _____			() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (☒) Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____			() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	(☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____			() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (☒) Seco () Outro: _____			() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (☒) Seco			() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70%			() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h			() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento	<i>André Ricardo de Souza</i> Enfermeiro CRP 123456 Data: 20/04/2020	<i>Juliane Gomes de Lima</i> Enfermeira CRP 789012 Data: 20/04/2020	<i>Eliscléia Carvalho Gotard</i> Enfermeira CRP 345678 Data: 20/04/2020	
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	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				06*
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 26 (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					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

CIRURGIA 24/4 MANHÃ

João de Almeida, T. 140
Técnico de Enfermagem
COREN/RR 001 211 211

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2124

Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	130x90	72		36
12 H	130x90	73		36
18 H	130x90	81		36
24 H	135x95	80		36,8

Dr. Afonso SSVV. ADM. as medicações com
paciente sem queixas, sem as atividades
da enfermagem!

Francine Pereira de Silva
COREN-RR 510238 - TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente: Brain Wilson

Leito: 652

Data: 21/04/2020

Localização		Região: M.I.D.		Região:
Etiologia		Grau: I () II ()		Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : ☒ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro:		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : ☐ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	
Pele Perilesional	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	
Tipo de Exsudato	(☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (☒) Seco () Outro:		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	
Solução de Limpeza	() Molhado () Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Cobertura primária	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Troca	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>exposto</u>		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Profissional que realizou procedimento:	() 12/12	(☒) Diário	() 12/12	() 48/48h
Observações:	Laísia Alves Mota Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-AR 507.795/TE	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-AR 507.795/TE	Elisuelina Carvalho Gotado Enfermeira do Núcleo Gerência de Feridas Treinamento em Feridas COREN-AR 578-ENF	Coren-PR

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	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
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) NTF
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

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 VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110/73	69		35,4°C
12 H	128/62	68		36,6°C
18 H	129/84	76		36,9°C
24 H	120/77	75		36,7°C

Plantas molulinas 800002.
Set alimado / 15, realizado
SSVV e medição de glicemia.

33 as 19hs
Administrado medicação em
verificado SSVV.
Situ (S) Não tem na far

cia. Tei

Maria do Rosário A. Vale
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 150.431-TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

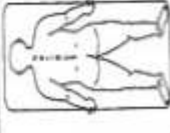
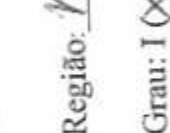
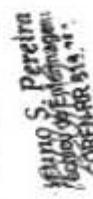
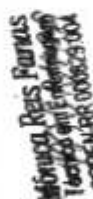
Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente: BEATRIZ WILSON

Leito: 52

Data: 22/04/2020

Localização			Região: <u>MID</u> Grau: I ☒ II ☐		Região: _____ Grau: I ☐ II ☐
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : ☒ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : ☐ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : ☐ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : ☐ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : ☐ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	() Normal () Macerado ☒ () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado ☒ () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido ☒ Seco	() Molhado () Úmido ☒ Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 ☒ Diário () 48/48h	() 12/12 ☒ Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 Márcio S. Peretini Enfermeiro COREN-PR 000525100	 Márcio Reis Parais Técnicos em Enfermagem COREN-PR 000525100			
Observações:					

Placenta Carvatho Colado

Placenta Carvatho Colado

Placenta Carvatho Colado

Placenta Carvatho Colado

Placenta Carvatho Colado

304-7

52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA <i>leito 304-7</i>					
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				
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				
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				16h
12	CURATIVO DIÁRIO				8h 16h 24h
13					ROTINA
14					
15	AO HGR PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO AMANHÃ 24/04				
16	SOLICITO RESERVA DE SANGUE - 2 CH				
17					
19					
20					
22					
23					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS
CIRURGIA 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		36,2°C
24 H	110x70	75	18	36,4°C

12h - Pct. no leito, sem queixas algicas, medicado com item (11), após
SSVV, retirado AVP venoso, Tentado nova punção sem sucesso

Às 17:00h - admitido proveniente do hospital
manhã, os cuidados da ortopedia, paciente
monitório + solicitação de reserva sanguínea. Obs: não em-
contrado solicitação de teste rápido pt HIV conforme
formulário em meios musculares do encaminhamento. Paciente

Plantação de
medicação Ad-
ministrada
com sucesso
+ SSVV
fec. pol. ora
foco em processos

Assinatura
Técnico em
Ortopedia

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Paciente: Baiair WilsonLeito: 52

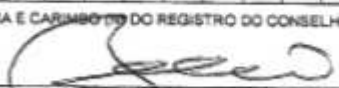
Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Data: 23/04/2020

Localização		Região: <u>MD</u>		Região: _____
Etiologia	☒ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u>_____</u> Tração <u>_____</u> Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____	Grau: I ☒ II ☐		Grau: I ☐ II ☐
Aparência do Leito	☒ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____			☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____			☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☒ Seco ☐ Outro: _____			☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☐ Úmido ☒ Seco			☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%			☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____			☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____
Troca	☒ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h			☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 Eliseteir Carvalho Gotardo Gerente do Núcleo Tratamento de Feridas Enfermeira Coren-RR 468.579-ENF		 Agne Kaurine Macedo Sousa Ass. em Enfermagem Coren-RR 468.540-NE	
Observações:				

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____ 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____ 4 - CNES _____		
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <u>Bruno Wilson</u> 6 - Nº DO PRONTUÁRIO _____ 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 8 - DATA DE NASCIMENTO _____ 9 - SEXO ☒ Masc. ☐ Fem. ☐ 3 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____ 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____ 15 - UF _____ 16 - CEP _____		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS fratura subtrocanterica do fêmur direito. 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO fratura aberta com risco 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rastreamento e exame físico. Dr. Pedro P. Giovan Ortopedista Traumatologista CRM-RR 1615 / ROE-6 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <u>fx subtrocanterica do fêmur direito</u> 21 - CID 10 PRINCIPAL _____ 22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____ 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____		
PROCEDIMENTO SOLICITADO 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <u>Queso e neta de fx subtrocanterica do fêmur direito</u> 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ 26 - CLÍNICA <u>Ortopedia</u> 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <u>Eleito</u> 28 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____ 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <u>Dr. Ilancon de Lima</u> 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <u>11/11/2020</u> 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO 		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TIAJETO 36 - () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO 37 - CNPJ DA SEGURADORA _____ 38 - Nº DO BILHETE _____ 39 - CNPJ EMPRESA _____ 40 - CNAE DA EMPRESA _____ 41 - CBOR _____		
AUTORIZAÇÃO 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR <u>040805061-6</u> 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <u>5722</u> 45 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <u>11/11/2020</u> 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 		

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 24/10/2000 O.S.

Brain wibe

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Enterorrafia

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Intestino de fômites

TIPO DE INTERVENÇÃO: Quirúrgica

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: N

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: a

CIRURGIÃO: Dr. Pedro D. Giovanni 1º AUXILIAR: Dr. T. L. L.

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

3º AUXILIAR: Dr. L. L. L. ANESTESIA:

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em DDH + Anestesia Geral + mero de tórax
 - (2) Anestesia + Anestesia + campo estéril.
 - (3) Incisão lateral + dissecção por plano do músculo de fômites.
 - (4) Durante a junção do fio "K" sob um do intestino, a perfuração pneumática quebrou, pedindo outro perfurador, tendo agido o perfurador com fio elétrico, a mesma não conseguiu a prova de vácuo do DCS, também com o perfurador Strick, a mesma com problema com o gás bento, também não conseguiu a prova.
 - (5) Então em contato com a UOB, onde a mesma está em contato com a direção e conseguiram o perfurador de Hospital infantil.
 - (6) O paciente ficou aguardando a chegada do perfurador, houve hipotensão durante esse tempo.
- DUIRE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência do Brasil"

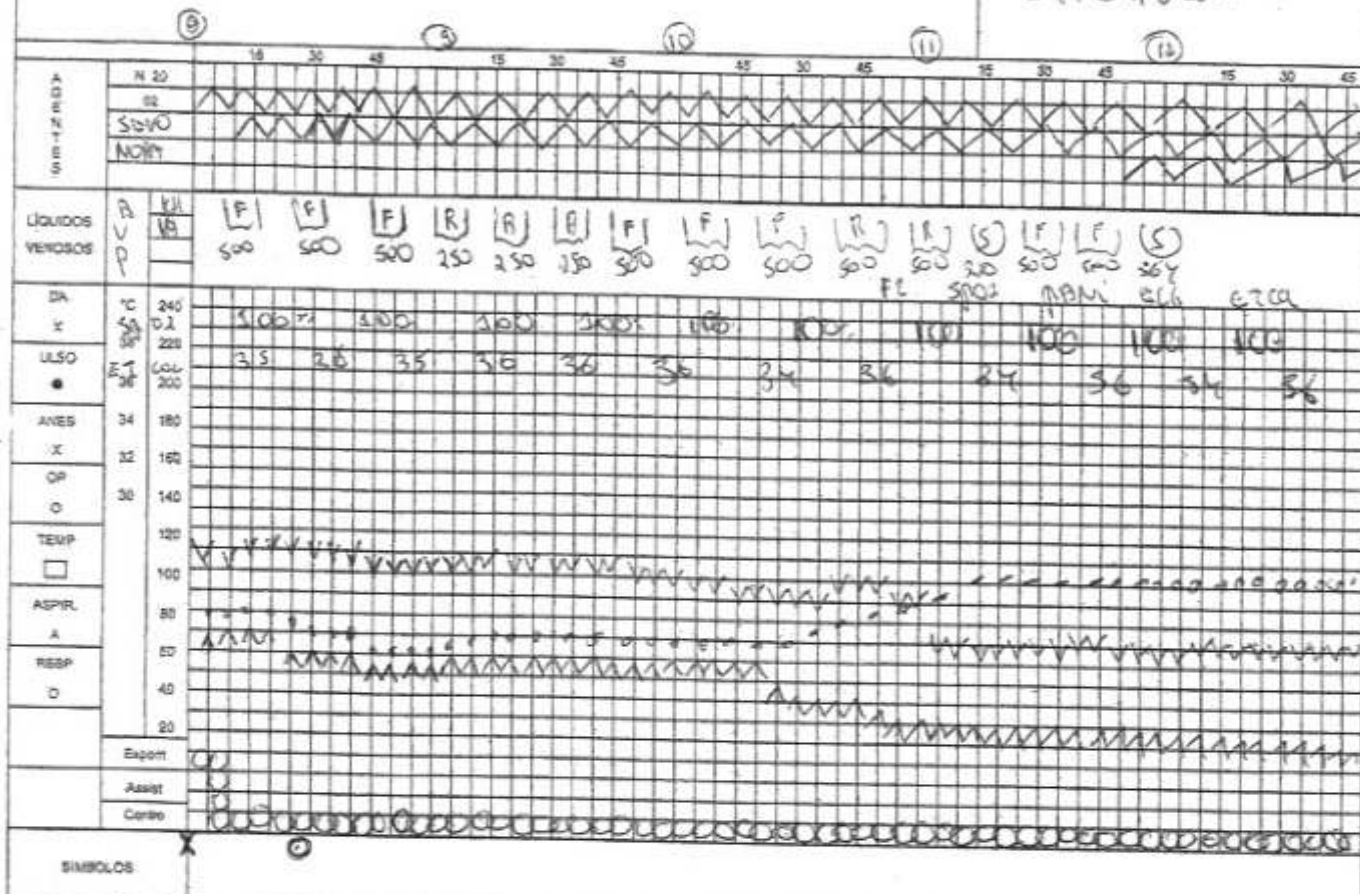
FICHA DE ANESTESIA

Raim Wilson, 18 A

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

24104/2020



ANOTAÇÕES

- 1 - Check list: monitorização, oxigenação, drogas, paciente, vias
- 2 - O2 sob máscara
- 3 - 500 TOT sob monitorização DIRETA
- 4 - Ajustar a concentração do tubo
- 5 - Colar gasométrico
- 6 - Intubação de AOPA
- 7 - Glucosado com dose de 10
- 8 - Fentanyl 10 µg

Longo - Excesso - Excesso de
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Barking" - Vômito

Hemorragia - Anemia
Bradícardia - Choque

Isamir Siqueira
Anestesiologia
CRM-RR-1599



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência dos Brasileiros"

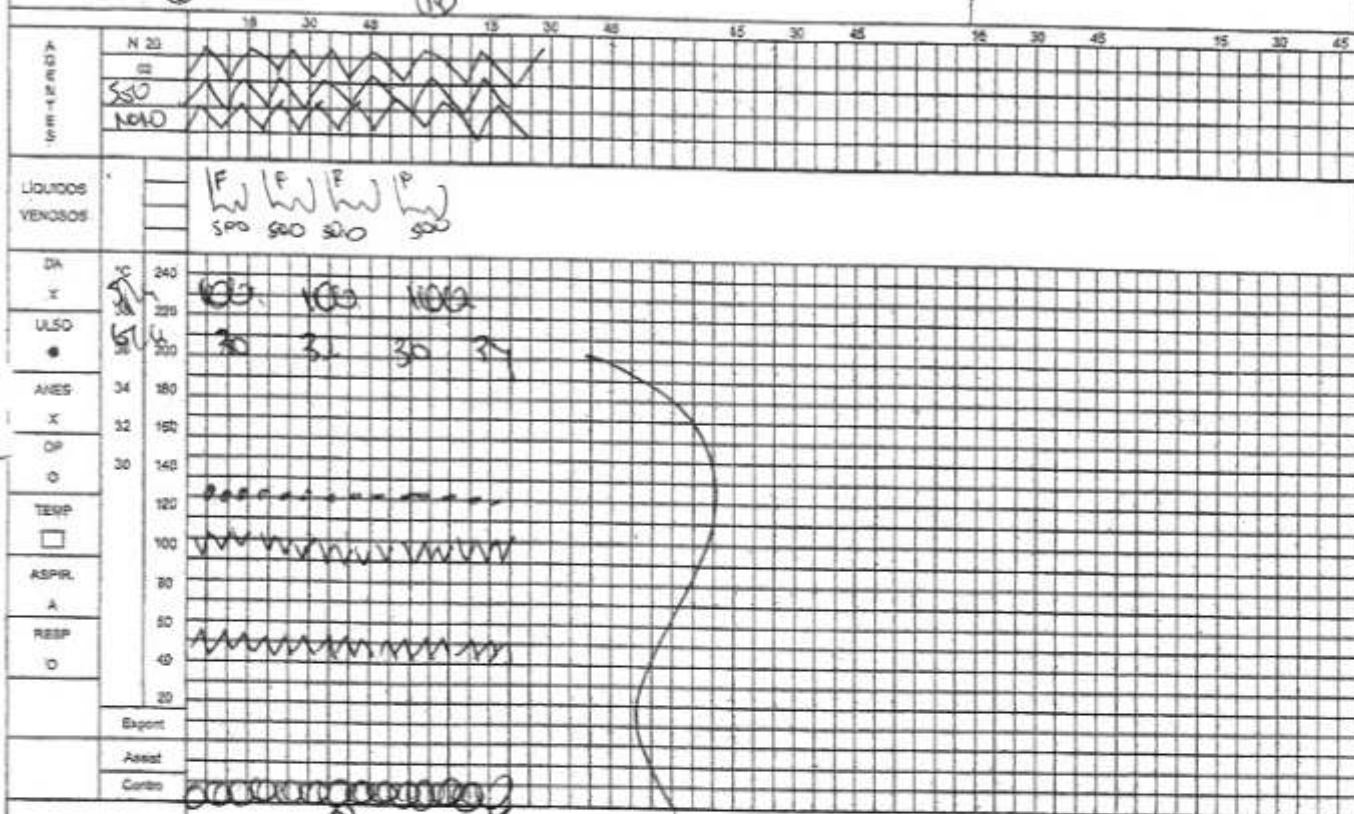
FICHA DE ANESTESIA

Barim Wilson, 180

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

24104/2020



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A			
B			
C			
D			
E			
F			
G			
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringea	
WGD		Naso / Orolingual - Cava	
SANGUE		Bal - Temp - Calibre do Tubo	
		Selo Máscara	
		Dificuldade Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL			
OPERAÇÃO			Lunago - Espasmo - Escasseio Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Braking" - Vômito Hemorragia - Anemia Brdi Taquicardia - Choque
ANESTESIA	CÓDIGO	CRURGIÃO	PERDA SANGÜINEA

Ismael Simões
Anestesiologia
CRM-RR 1699



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

NOME DO PACIENTE		10-184	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
DRAIN WILSON		504.-		11219	24 / 04 / 20
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
OST. FMT. SUBTRAÇÃO (5)			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
			8:45		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		DR. Y10 MW	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		23.30SE	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
DR. PEDRO		CIRCULANTE		C. ANDRÉ + B. H. L.	
DR. ILDESON / R3. MARCOS					
R2. PEDRO + R1. B. ANDRÉ					
TIPO DE ANESTESIA: BLOCIO FEMORAL +		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS GEL	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS TAM M.			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 20		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº 18	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº Propri		1	FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML gortias	8		SURGICEL ELETRODOS	
1	SERINGA 03ML medicações	1		CERA P/ OSO CATETER O2	
	SERINGA 05 ML	20-2		KIT CATARATA Nº ALCOOL 70%	
	SERINGA 10ML	20-2		GEOFOAM DEGERMENTE	
	SERINGA 20ML	1		FITA CARDIACA S/UMA FOLETA Nº	
1	TOT C/ CUFF Nº 8	1		OUTROS: B. L. S. C. U. R. A.	
SONDA ASP. Nº 16		ESQUA DEG.			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	SOELWA	SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
	M: Grande e B. H. L.	TAXA DE ANESTESIA			
	T: S. ANDRÉ e Robson	SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

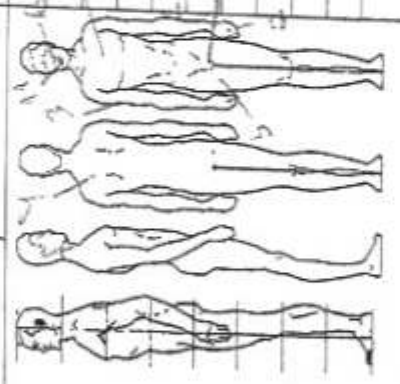
Nome: Blain Wilson

Data de Nasc: 27 / 10 / 2001 Idade: 18 Setor/Leito: 204.07

Data: 24 / 04 / 2020

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

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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA			
Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais				
Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais				
7:25	7:45										
Informações: Jejum () Sim () Não Prótese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: <u>Latex</u>				Posicionamento D.D							
Cirurgia Realizada <u>OST. VENT. FEHUL + GENL</u>				Anestesia Antibiótico: <u>ceftriaxona</u> Nome: <u>ceftriaxona</u> Dose: <u>2g</u> Hora: <u>8:00</u>							
Hidratação Influida SF 0,9% <u>350ml</u> SG 5% <u>0</u> Outros: <u>0</u>				Hemoderivados CH: <u>L</u> Plasma: <u></u> Plaquetas: <u></u>							
N° de Compressas oferecidas: N° de Compressas recolhidas:				Anaestomato Patológico: () Não () Sim							
Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () RX () Gasometria () Outros:				N° Peças: () Cultura () Outros:							
Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Mangueira PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT () Não () Sim N° <u>3</u> 12. SVD () Não () Sim N° <u>1</u> 13. Outros:				Localização 							
3. Sinais Vitais: T: <u>36,5</u> °C R: <u>14</u> rpm FC: <u>74</u> bpm PA: <u>120/80</u> mmHg SAT: <u>100</u> % () Regular () Irregular				4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>At 06:30h - Admitido</u> <u>per na sala em pré</u> <u>operatório de Fratura</u> <u>de Fêmur de Fratura</u> <u>de Fêmur de Fratura</u> <u>alergia medicamentosa</u>							
5. Anotações (Saída do Paciente): <u>Alergia medicamentosa</u> <u>de Fêmur de Fratura</u> <u>de Fêmur de Fratura</u> <u>de Fêmur de Fratura</u> <u>de Fêmur de Fratura</u>				6. Anotações (Evolução/Alta do Paciente): <u>Alergia medicamentosa</u> <u>de Fêmur de Fratura</u> <u>de Fêmur de Fratura</u> <u>de Fêmur de Fratura</u> <u>de Fêmur de Fratura</u>							

Revista de O. L. Indica
de CH na Agência



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Bruno Wilson
Responsável Cirurgião D. V. V. V.

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

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

RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☐ Não ☒ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

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

Data 24/04/20 Assinatura [Assinatura] Hora: 14:30

ANTES DA INCISÃO

Anestesia D. V. V. V.

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☐ Não se aplica
☒ Sim,

Qual: [Assinatura] Hora: 14:30

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim
☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

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

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

Assinatura e Carimbo



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	BOLAN		
AGNÓSTICO	Fe Lftno canônica (A)		
ALERGIAS			
IDADE	HAS	NEGA	DM2
ITEM	LEITO	DATA	NEGA
		24/04/2020	
PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
13	SSV + CCGG 6/6 H		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	CETIRIZINA 5 (E) 12/12H		
16	OXACILINA 50 (E) 4/4H		
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 QU. GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANIQUÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUÇÃO: 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
CRM-RR 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	BRUNO				
AGNOSTIC	FX Subtrocantérica (D)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	24/04/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H (stop)				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H (stop)				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	CETIRIZINA 5 (EU) 12/12H				
16	OXACURINA 5 (EU) 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; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

Dr. Bruno Vieira de Lima
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 1231
 MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PEDIDO DE PARECER



Unidade: HGR
Nome: Bamin Wilson
Idade: 18a REGISTRO: _____
Bloco: 02 Enfermaria: _____ Leito: _____
UTI: _____ EMERGENCIA: _____

De: Anestesiologia

Para: UTI

paciente, jovem, foi submetido a cirurgia de osteossíntese
de fratura de fêmur D com necessidade de reposição
voluminosa após sangramento estimado 1500 ml.
Induzido, sob normotensão com R16 40 ml/hh com pressão
hemodinâmica
solto up em uti. Gato

24-04-2018

Data

José Bittenbender
Médico Residente em Anestesiologia
CRM-RR 1887

Médico(a)

Data

medico



ADMISSÃO MÉDICA



UTI-02

Met.
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 CIRURGICO () 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 grau 2-3 () ICC grau 4 () DPOC grave () Tabagista () AIDS () Uso de Corticóide (X) Imunossupressão () Câncer locorregional: (Adenocarcinoma de Córdia) () Câncer Metastático Onde?

positivos invasivos na admissão:

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

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

Relatório Admissional

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, Taquifisgmia, pele fria, com uso de DVA - NORA em doses moderadas;

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

Pupilas Médias porém fotorreagentes;

Neurológico: Glasgow 3/ RASS -4

Cor: Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas s/s

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 irpm

CONDUTA:

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

Dr. Messias Neto
Médico
C.R.C. 1000

NOME:		Brain Wilson		18	Data:	24/04/2020
Choque Hipovolêmico/ Osteossíntese de Fêmur D						
Prescrição Médica		HORÁRIOS		Prontuário: s/n		
1	Dieta Zero até segunda ordem	SVD		DN: -20/03/1981-		
2	SF 0,9 % 500 ml IV 04/04 hrs	18-22-08-08-10-14		DI HGR: 30/03/2020		
3	SF 0,9% ou SRL 500 ml IV ACM	ACM 08		DI UTI II: 05/04/2020		
4	Ceftriaxona 1 g IV 12/12 hrs (24/04)	18-22-08-08		TABELA DE CORREÇÃO GLICÊMICA		
5	Fentanil 50 ml IV BIC	18-22-08-08		151 - 180 02U		
6	Midazolam 50 ml IV BIC	18-22-08-08		181 - 210 04U		
7	Noradrenalina 0,5 amp + SG 5% 100ml IV BIC	18-22-08-08		211 - 240 06U		
8	Omeprazol 40 mg IV 1x/dia	18-22-08-08		241 - 270 08 U		
9	Metoclopramida 10 mg IV 08/08 hrs	18-22-08-08		271 - 300 10U		
10	Dipirona 02 ml IV 04/04 hrs SN	18-22-08-08		301 - 330 12U		
11	Bicarbonato de Na 8,4% 200 ml IV ACM	18-22-08-08		> 330 AVISAR PLANTONISTA		
12	Transamin 1 g + SF 0,9% 250 ml IV 08/08 hrs	18-22-08-08		<70 Fazer GH 50% 40ml EV		
13	Gluconato de cálcio 10% 20 ml + SF 0,9% 100 ml ACM	18-22-08-08		Evolução da especialidade médica responsável		
14	PFC 04 UD IV ataque	18-22-08-08		1. Avaliação Geral:		
15	PFC 02 UD IV 08/08 hrs	18-22-08-08		2. Sugestão de Conduta:		
16	CH 02 UD IV	18-22-08-08		3. Planejamento Terapêutico:		
17	Cebeceira elevada a 30°	18-22-08-08				
18	Glicemia capilar 04/04 hrs	18-22-08-08				
19	Hpiromelose 0,5% 1 gl em cada olho de 04/04 hrs	18-22-08-08				
20	Anotar diâmetro pupilar 04/04 hrs	18-22-08-08				
21	Manter PAM > 75 mmhg	18-22-08-08				
22	Manter Paciente aquecido	18-22-08-08				
23	METOPROLOL 50mg (C) AGORA 1x/dia	18-22-08-08				
24	ATROPINA 0,2 mg (C) 1x/dia	18-22-08-08				
25	EUFEDINA 01 amp + 10ml AD + 10ml (C) 1x/dia	18-22-08-08				
26	GLUC. DE CÁLCIO 10% 20ml (C)	18-22-08-08				
27	GH 50% 100ml + 12-10-01 (C) 2x/dia	18-22-08-08				
28						
29						
30						
31						
32						

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

NOME: Marian Wilson IDADE: 18 DATA: 24/04/20 LEITO: 18 DE: 18

HD: 18 PERÍODO: () MATUTINO (X) VESPERTINO () NOTURNO

Acesso Venoso Central: () Sim (X) Não Data: 24/04 Local: UIC
 Acesso Venoso Periférico: (X) Sim () Não Data: 24/04 Local: UIC
 Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim (X) Não
 Sangramento: () Sim (X) Não Local: UIC
 Hemotransfusão: () Sim (X) Não () PF () CH () PLASQUETAS QUANTIDADE

SISTEMA GASTROINTESTINAL
 Aceitação da dieta: () Sim (X) Não () Parcial () Total
 () VO () NPT () GTT () SNG - Data: 24/04 () SNE - Data: 24/04
 Ruidos hidroaéreos: () Presentes () Ausentes 57 baixa
 Abdomem: () Normal () Globoso () Distendido () Rápido () Tenso
 Eliminação: () Normal () Diarreia () Constipação () Melena

SISTEMA GENITO-URINÁRIO
 Diurese: () Espontânea (X) SVO () Uropen () Oostomia
 () Colúria () Polaciúria () Disúria () Oligúria () Anúria () Hematúria
 () Odor () Edema () Lesões - Local
 Coloração: () Limpa (X) Concentrada () Sedimentada
 Secreções: () Sim - Aspecto () Não Higiene: () Satisfatória () Precária

CURATIVOS E DRENOS

Região: C.C.
 Características: C.C.
 Produto: C.C.
 Região: C.C.
 Características: C.C.
 Produto: C.C.
 Dreno: Local C.C. Volume C.C. Tipo: C.C.
 Secreção: C.C. Olor C.C.

ÚLCERA POR PRESSÃO
 Região: Sacral Estágio: III
 Região: Sacral Estágio: III

INTEGRIDADE CUTÂNEA
 () Febre () Hidratada () Desidratada () Restecada () Ictérica () Clândica
 () Hipocorada () Pele fria e sudoreica () Anasarca () Rubor () Palidez
 () Petéquias - Local () Edema - Local

ENFERMEIRO(a): Caliane Leticia Ribeiro

ESCALA DE RAMSAY

1	2	3	4	5	6
Acordado, ansioso e/ou inquieto	Cooperativo, orientado e tranquilo	Acordado, responde a comandos verbais	Dormindo, resposta leve a estímulo tátil/auditivo	Sem resposta a estímulo tátil/auditivo, só doloroso	Sem resposta a estímulo doloroso
Score: <u>6</u>					

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
4 Orientado	5 Obedece	6
3 Confuso	4 Localiza a dor	5
2 Palavras incoerentes	3 Flexão normal	4
1 Sons	2 Flexão anormal	3
Nenhuma	1 Extensão a dor	2
Nenhuma		1
Score: <u>15</u>		

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

ESCALA DE BRADEN

1. Sensação de calor	2. Sensação de frio	3. Sensação de umidade	4. Sensação de secura
5. Sensação de dor	6. Sensação de coceira	7. Sensação de formigamento	8. Sensação de dormência
9. Sensação de tontura	10. Sensação de náusea	11. Sensação de vômito	12. Sensação de diarreia
13. Sensação de prisão de ventre	14. Sensação de flatulência	15. Sensação de gases	16. Sensação de inchaço
17. Sensação de cansaço	18. Sensação de fraqueza	19. Sensação de fadiga	20. Sensação de estresse
21. Sensação de ansiedade	22. Sensação de preocupação	23. Sensação de tristeza	24. Sensação de irritabilidade
25. Sensação de agitação	26. Sensação de agressividade	27. Sensação de hostilidade	28. Sensação de paranoia
29. Sensação de delírio	30. Sensação de alucinação	31. Sensação de hálucinação	32. Sensação de alucinação
33. Sensação de alucinação	34. Sensação de alucinação	35. Sensação de alucinação	36. Sensação de alucinação
37. Sensação de alucinação	38. Sensação de alucinação	39. Sensação de alucinação	40. Sensação de alucinação
41. Sensação de alucinação	42. Sensação de alucinação	43. Sensação de alucinação	44. Sensação de alucinação
45. Sensação de alucinação	46. Sensação de alucinação	47. Sensação de alucinação	48. Sensação de alucinação
49. Sensação de alucinação	50. Sensação de alucinação	51. Sensação de alucinação	52. Sensação de alucinação
53. Sensação de alucinação	54. Sensação de alucinação	55. Sensação de alucinação	56. Sensação de alucinação
57. Sensação de alucinação	58. Sensação de alucinação	59. Sensação de alucinação	60. Sensação de alucinação
61. Sensação de alucinação	62. Sensação de alucinação	63. Sensação de alucinação	64. Sensação de alucinação
65. Sensação de alucinação	66. Sensação de alucinação	67. Sensação de alucinação	68. Sensação de alucinação
69. Sensação de alucinação	70. Sensação de alucinação	71. Sensação de alucinação	72. Sensação de alucinação
73. Sensação de alucinação	74. Sensação de alucinação	75. Sensação de alucinação	76. Sensação de alucinação
77. Sensação de alucinação	78. Sensação de alucinação	79. Sensação de alucinação	80. Sensação de alucinação
81. Sensação de alucinação	82. Sensação de alucinação	83. Sensação de alucinação	84. Sensação de alucinação
85. Sensação de alucinação	86. Sensação de alucinação	87. Sensação de alucinação	88. Sensação de alucinação
89. Sensação de alucinação	90. Sensação de alucinação	91. Sensação de alucinação	92. Sensação de alucinação
93. Sensação de alucinação	94. Sensação de alucinação	95. Sensação de alucinação	96. Sensação de alucinação
97. Sensação de alucinação	98. Sensação de alucinação	99. Sensação de alucinação	100. Sensação de alucinação
101. Sensação de alucinação	102. Sensação de alucinação	103. Sensação de alucinação	104. Sensação de alucinação
105. Sensação de alucinação	106. Sensação de alucinação	107. Sensação de alucinação	108. Sensação de alucinação
109. Sensação de alucinação	110. Sensação de alucinação	111. Sensação de alucinação	112. Sensação de alucinação
113. Sensação de alucinação	114. Sensação de alucinação	115. Sensação de alucinação	116. Sensação de alucinação
117. Sensação de alucinação	118. Sensação de alucinação	119. Sensação de alucinação	120. Sensação de alucinação
121. Sensação de alucinação	122. Sensação de alucinação	123. Sensação de alucinação	124. Sensação de alucinação
125. Sensação de alucinação	126. Sensação de alucinação	127. Sensação de alucinação	128. Sensação de alucinação
129. Sensação de alucinação	130. Sensação de alucinação	131. Sensação de alucinação	132. Sensação de alucinação
133. Sensação de alucinação	134. Sensação de alucinação	135. Sensação de alucinação	136. Sensação de alucinação
137. Sensação de alucinação	138. Sensação de alucinação	139. Sensação de alucinação	140. Sensação de alucinação
141. Sensação de alucinação	142. Sensação de alucinação	143. Sensação de alucinação	144. Sensação de alucinação
145. Sensação de alucinação	146. Sensação de alucinação	147. Sensação de alucinação	148. Sensação de alucinação
149. Sensação de alucinação	150. Sensação de alucinação	151. Sensação de alucinação	152. Sensação de alucinação
153. Sensação de alucinação	154. Sensação de alucinação	155. Sensação de alucinação	156. Sensação de alucinação
157. Sensação de alucinação	158. Sensação de alucinação	159. Sensação de alucinação	160. Sensação de alucinação
161. Sensação de alucinação	162. Sensação de alucinação	163. Sensação de alucinação	164. Sensação de alucinação
165. Sensação de alucinação	166. Sensação de alucinação	167. Sensação de alucinação	168. Sensação de alucinação
169. Sensação de alucinação	170. Sensação de alucinação	171. Sensação de alucinação	172. Sensação de alucinação
173. Sensação de alucinação	174. Sensação de alucinação	175. Sensação de alucinação	176. Sensação de alucinação
177. Sensação de alucinação	178. Sensação de alucinação	179. Sensação de alucinação	180. Sensação de alucinação
181. Sensação de alucinação	182. Sensação de alucinação	183. Sensação de alucinação	184. Sensação de alucinação
185. Sensação de alucinação	186. Sensação de alucinação	187. Sensação de alucinação	188. Sensação de alucinação
189. Sensação de alucinação	190. Sensação de alucinação	191. Sensação de alucinação	192. Sensação de alucinação
193. Sensação de alucinação	194. Sensação de alucinação	195. Sensação de alucinação	196. Sensação de alucinação
197. Sensação de alucinação	198. Sensação de alucinação	199. Sensação de alucinação	200. Sensação de alucinação

SISTEMA RESPIRATÓRIO
 () Espontânea () Eupneia () Taquipneia () Bradipneia
 () Dispneia () Cheyne-stokes () Kussmaul
 VM TOT () VM TOT TOT/TOT - Data: 24/04 Modo: CMV
 Posicionamento do TOT/TOT a 30 cm dos incisivos Pressão do Cuff 20 mmHg
 Data da Troca: 24/04 Resistência a aspiração: () Sim () Não
 Ausc. Pulmonar: () Crepitações () Sibilos (X) Murmúrios Vesiculares

SISTEMA CARDIOVASCULAR
 () Rítmico (X) Arritmico () Chelo () Filiforme
 Ausculta cardíaca: (X) 2 tempos () 3 tempos Local: peitoral

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	33.9 - 36.4	SpO ₂	99 - 100
FC	125 - 157	PVC	-
PAM	72 - 115	PIA	-
FR	22 - 20	Glicemia	273

Prescrição médica sendo seguida? () sim () não

• Medicação em falta:

• Medicamentos não checadas:

INTERCORRÊNCIAS

• CARDIOVASCULAR:

DVA1: <u>NORA</u> 34 ml/h ou <u> </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? <u> </u>	ΔPP: <u> </u> Cava: <u> </u> EC: <u> </u> Pulsos: <u> </u>
---	--	---	---

• RESPIRATÓRIO:

☐ ar ambiente ☐ O ₂ CN ☐ O ₂ Macro ☐ O ₂ Tubo Y ☐ VNI ☒ VM	Secreção: ☐ sem ☐ pouca ☐ moderada ☐ abundante Aspecto: <u> </u>	Hipoxemia? Causa: <u> </u> Tto: <u> </u>	☐ Desconforto Res? ☐ Broncoespasmo? ☐ Congestão? ☐ SARA? ☐ Rolha? Outro: <u> </u>	PaO ₂ /FiO ₂ : <u> </u> Ajustes: <u> </u>
---	--	--	--	--

• GASTROINTESTINAL:

Dieta instalada? ☐ Sim ☒ Não. Motivo? <u> </u>	☐ Retorno/Vômitos? ☐ Diarreia? ☐ Sangramentos? ☐ Distensão? ☐ Ausência de RHA?
--	---

RENAL: 150 ml

Diurese últimas 6h: <u> </u> ml/kg/h ☐ IRA ☐ IRC KDIGO <u> </u> ☐ TRS	Estimulação? ☐ Hidratação? ☐ Diurético? Outro: <u> </u>
---	---

• NEUROLÓGICO:

Sedação? ☒ sim () não RASS: <u>(-4)</u> ECG: <u> </u> Em despertar? ☐ sim () não	☐ Sonolência ☐ Desperto e desorientado ☐ Depressivo ☐ Agitado ☐ Desperto mas não interage com examinador	☐ Desperto e orientado ☐ Comatoso ☐ Ansioso ☐ Delirium	Pupilas: D: <u> </u> mm E: <u> </u> mm RFM: <u> </u>
--	---	---	--

Outras intercorrências:

<u>NÃO HOVE</u>

Impressão clínica:

<u>GRAVÍSSIMO, INSTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SUSPENSO COM DVA EM DOSE ALTA, TAQUICÁRDICO, HIPO-</u>

Conduta médica: CORRIGIR, OLIGURICO.

<u>SUORTE INTENSIVO</u>
<u>VIGILÂNCIA RENAL</u>

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



FICHA DE GASOMETRIA

NOME: <u>Bruno W. Lima</u>		BOX: <u>18</u>		DIAGNÓSTICO: <u>Osteoartrite de 1ª e 2ª</u>	
Data:	24/04/20	25/04/20	26/04/20	27/04/20	28/04/20
Horas	22:43	05:53	07:16	07:40	15:35
pH	7.37	7.44	7.43	7.43	7.44
PO ₂	176	153	170	146	182
PCO ₂	44.6	41	38.0	47.1	38.2
SO ₂	99	99	99.6	99.4	99.7
HCO ₃	13.1	18.3	26.3	26.7	28.3
BE	-1.4	-3.3	2.2	2.6	4.2
IO	502	493	680	584	720
Tubo	-	-	-	-	-
Dias de TOT/TQT	-	-	-	-	-
Modo	VCV	VCV	VCV	VCV	VCV
Fio2	35%	30%	25%	25%	25%
VC/PC	400	430	440	440	440
Ppico	14	14	15	15	15
PPI	7	7	7	7	7
OS	-	-	-	-	-
PEEP	5	5	5	5	5
FR/M/E	15	18	18	18	18
T. Insp	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
I:E	1:2.1	1:2.1	1:2.1	1:2.1	1:2.1
Sensibilidade	7	7	7	7	7
VM exp	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2
VC exp	4.1	4.1	4.1	4.1	4.1
Profissional	Rodrigo	Rodrigo	Daniel	Daniel	Rodrigo

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA



Nome: Brain Wilson

DN: 1/1/ Sexo: M (X) F () DATA: 24/09/20 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	Esquerdo
ADM:		Abdução de Ombro			
Tônus		Trofismo:		Flexão de Cotovelo	
Normo ()	Normo ()	Extensão de Punho			
Hipo ()	Hipo ()	Flexão de Quadril			
Hiper ()	Hiper ()	Extensão de Joelho			
Mov. Involuntários:		Dorsoflexão De Tornozelo			
		TOTAL:			
Conduta:					
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	Esquerdo
ADM:		Abdução de Ombro			
Tônus		Trofismo:		Flexão de Cotovelo	
Normo ()	Normo ()	Extensão de Punho			
Hipo ()	Hipo ()	Flexão de Quadril			
Hiper ()	Hiper ()	Extensão de Joelho			
Mov. Involuntários:		Dorsoflexão De Tornozelo			
		TOTAL:			
Conduta:					
Fisioterapeuta:					

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

BALANÇO HÍDRICO

Nome: (W.D) Moian Wilson

Idade: 18 DATA: 24/04/20 BOX: 18

IDADE: 60 DATA: 08/05/2020 BOX: 8

HORA	T	P	R	P.A	PAM	FVC / PIC	LÍQUIDOS ADMINISTRADOS		LÍQUIDOS ELIMINADOS			PARÂMETROS VENTILATÓRIOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
							INFUSÃO VENOSA	dieta	Agua/med	DIURÉTICO	DIURÉTICO 1	DIURÉTICO 2	Evacuação	SHG/E	MOD.	FIO ₂	FR	VOL	P.LIM	PEEP	SPO ₂	CAB.	Ass.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
07:00min - 12:00min Líquidos Administrados: 1238 JCH () Plasma () Plaquetas Líquidos Eliminados: 700 JHD UF: — Balanço Parcial: 538 Enfermeiro: [assinatura]																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
13:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						

Líquidos Eliminados: - 4000 Balanço final: + 2232 Enfermeiro: [assinatura]
Líquidos Administrados: + 4110

FICHA DE REGISTRO DE HEMOCOMPONENTE DO CENTRO CIRÚRGICO
NOME: BRAUN WILSON

DATA DE NASCIMENTO: 27/07/2001

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 27/07/2001
Nº BOLSA: 0414200323016 VOLUME: 285 ml
BOLSA: ABO: O FATOR Rh: +
PACIENTE: ABO: O FATOR Rh: +
SINAIS VITAIS:
INICIO: 11:10 h. T: - PA: 90x40 P: 124 FR -
MEIO (15MIN): 11:25 h. T: - PA: 82x34 P: 118 FR -
FIM: 11:50 h. T: - PA: 80x51 P: 116 FR -
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: _____ COREN: _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: José Buttendbender
Médico Residente em Anestesiologia
CRM: 1897

Osvaldo Alves de Siqueira
Rc. Enfermagem
COREN-RR 904.179

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 27/07/2001
Nº BOLSA: 0414200323022 VOLUME: 264 ml
BOLSA: ABO: O FATOR Rh: +
PACIENTE: ABO: O FATOR Rh: +
SINAIS VITAIS:
INICIO: 11:30 h. T: - PA: 110x53 P: 126 FR -
MEIO (15MIN): 11:55 h. T: - PA: 81x53 P: 126 FR -
FIM: 12:50 h. T: - PA: 82x50 P: 126 FR -
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: _____ COREN: _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: José Buttendbender
Médico Residente em Anestesiologia
CRM: 1897

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 1/1/
Nº BOLSA: _____ VOLUME: _____
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: 1/1/
Nº BOLSA: _____ VOLUME: _____
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
Buen Wilben
0341949401015

22:00
22:50
22:55

36,4
36,3
36,5

19/196
157/196
155/196

130
131
133

192
+
+

22
17
24

M. Alice
Exp. Donatário do C. Neto
COREN-RR 148.217 - ENF

25 04 2020
Buen Wilben
0341949401010

03:37
04:05
04:05

36,5
36,5
36,6

188x171
183x196
178x181

173
+

18
18
18

M. Alice
Exp. Donatário do C. Neto
COREN-RR 148.217 - ENF

24 04 2020
Buen Wilben
0341949401002

22:51
23:06
23:25

36,5
36,5
36,5

159x192
158x193
177x193

176
+

24
16
15

M. Alice
Exp. Donatário do C. Neto
COREN-RR 148.217 - ENF

25 04 2020
Buen Wilben
0341949401004

04:09
04:25
04:40

36,6
36,6
36,6

135x80
126x76
124x89

186
+

18
18
18

M. Alice
Exp. Donatário do C. Neto
COREN-RR 148.217 - ENF



ESTADO DE RORAIMA
FARMÁCIA PATAMUNDO 2008/04/01/001

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:

Resultado de Exame

Amostra: 2017501302

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado
15,60 seg

Referência
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

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

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

Thelane Reis
Farmacêutica - Bioquímica
CRF-RR 107

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

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/04/2020 07:34

(*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
End: 951 2121 0040
E-mail: geral@hgrrr.com.br
Av. Engenheiro Eduardo Gomes, 5300 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA

Paciente: Brain Wilson

Solicitação: 20175013

Número Interno:

Sexo: Masculino

Nasc: 27/10/2001

Idade: 18 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Setor: UTI 2

Leito: 18

Data de Emissão: 24/04/2020 17:23

Recebimento:

Amostra: 2017501301

Resultado de Exame

DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÇÕES

Material: SORO

Métodologia: M03 - Colorimétrico (díazot)

BILIRRUBINA TOTAL

Resultado

Referência

3.97 mg/dL

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

1° 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;

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

3° 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

Referência

1.02 mg/dL

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

Referência

8.77 mg/dL

2.5 - 4.8 mg/dL

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

Referência

227.39 mg/dL

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE MAGNÉSIO SÉRICO

Material: SORO

Métodologia: M20 - Mann Yoe

MAGNÉSIO

Resultado

Referência

sem kit mg/dL

1.6 - 2.6 mg/dL

Roberta Silva Rizzo
Bioquímica
CRF-RR 713

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino 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 de Roraima
Endereço: 21.211-0000
E-mail: hgr@hgr.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA

Paciente: Brain Wilson

Solicitação: 20175013

Número Interno:

Sexo: Masculino

Nasc: 27/10/2001

Idade: 18 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Setor: UTI 2

Leito: 18

Data de Emissão: 24/04/2020 17:23

Recebimento:

Amostra: 2017501303

Resultado de Exame

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

Resultado

Referência

NEUTRÓFILOS

31.39 x10³/uL

4.0 - 10.0 x10³/uL

LINFÓCITOS

85.80 %

50.0 - 70.0 %

MONÓCITOS

5.50 %

20.0 - 40.0 %

EOSINÓFILOS

8.50 %

3.0 - 12.0 %

BASÓFILOS

0.10 %

0.5 - 5.0 %

0.10 %

0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

2.91 x10⁶/uL

4.32 - 5.52 x10⁶/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 x10³/uL

150.0 - 400.0 x10³/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 Cezine de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 180
 Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/04/2020 07:34

(*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
 69000-000 2121 0640-
 E-mail: hgr@hgr.gov.br
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3300 -
 Aeroporto

MÓDULO DE LABORATÓRIO
 DO HGR

SESAU

GOVERNO DO PARÁ

GOVERNO DO PARÁ

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA II



NOME:

Brain Wilson, 18 anos, 75kg

18

Data:

25/04/2020

Diagnósticos: Choque Hipovolêmico/ Osteossintese de Fêmur D

Prescrição Médica

1 Dieta Zero até segunda ordem

2 SF 0,9% 500 ml IV 04/04 hrs

3 SF 0,9% ou SRL 500 ml IV ACM

4 Ceftriaxona 1 g IV 12/12 hrs (24/04)

5 Fentanil 50 ml IV BIC

6 Midazolam 50 ml IV BIC

7 Noradrenalina 04 amp + SG 5% 100 ml IV BIC

8 Omeprazol 40 mg IV 1x/dia

9 Metoclopramida 10 mg IV 08/08 hrs

10 Dipirona 02 ml IV 04/04 hrs SN

11 Transamin 1 g + SF 0,9% 250 ml IV 08/08 hrs

12 Gluconato de cálcio 10% 20 ml + SF 0,9% 100 ml ACM

13 PFC 02 UN IV 08/08 hrs

14 Glicemia capilar 04/04 hrs

15 Hipromelose 0,5% 1 gt em cada olho de 04/04 hrs

16 Cebeceira elevada a 30°

17 Anotar diâmetro pupilar 04/04 hrs

18 Manter PAM > 75 mmHg

19 Manter Paciente aquecido

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

HORÁRIOS

Prontuário: s/n

DN: 27/10/2001

DI HGR: 01/04/2020

DI UTI II: 24/04/2020

TABELA DE CORREÇÃO GLICÊMICA

151 - 180 02U

181 - 210 04U

211 - 240 06U

241 - 270 08U

271 - 300 10U

301 - 330 12U

> 330 AVISAR PLANTONISTA

< 70 Fazer GH 50% 40ml EV

Evolução da especialidade médica responsável:

1. Avaliação Geral:

2. Sugestão de Conduta:

3. Planejamento Terapêutico:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

NOME: Bryan Wilson

IDADE: 18

DATA: 25.04.20

LEITO: 38

HO:

Isolamento de contato/respiratório: () Sim () Não

ESCALA DE RAMSAY	
1	Acordado, atônico e/ou inquieto
2	Cooperativo, orientado e tranquilo
3	Acordado, responde a comandos verbais
4	Dormindo, resposta leve a estímulo tátil/auditivo
5	Sem resposta a estímulo tátil/auditivo, só doloroso
6	Sem resposta a estímulo doloroso
Score:	<u>06</u>

AValiação Pupilar
 () Reagente () Não reagente
 () Normal () Média fixa
 () Isocóricas () Anisocóricas
 () Miose () Midríase
 () D-E () EDO

ESCALA DE GLASGOW		
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
4 Orientado	5 Obedece	6
3 Confuso	4 Localiza a dor	5
2 Palavras inapropriadas	3 Flexão normal	4
1 Sons	2 Flexão anormal	3
Nenhuma	1 Extensão a dor	2
	Nenhuma	1
Score:	<u>03</u>	

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

ESCALA DE BRADEN			
Percepção Sensorial	Atividade	Atividade	Atividade
4 Orientado	4 Orientado	4 Orientado	4 Orientado
3 Confuso	3 Orientado	3 Orientado	3 Orientado
2 Palavras inapropriadas	2 Orientado	2 Orientado	2 Orientado
1 Sons	1 Orientado	1 Orientado	1 Orientado
Nenhuma	0 Orientado	0 Orientado	0 Orientado
Score:	<u>03</u>		

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Espontânea () Eupneia () Taquipneia () Bradipneia
 () Dispnéia () Cheyne-stokes () Kusmaul
 VTM TOT () VM TOT TOT/TOT - Data: / / Modo: / /
 Posicionamento do TOT/TOT a / cm dos incisivos Pressão do Cuff / mmHg
 Data da Troca: / / Resistência a aspiração: () Sim () Não
 Ausc. Pulmonar: () Crepitações () Sibilos () Murmúrios Vasculares

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Rítmico () Arritmico () Chelo () Filiforme
 Ausculta cardíaca: () 2 tempos () 3 tempos Local: Pericardio

PERÍODO: () MATUTINO () VESPERTINO () NOTURNO

Acesso Venoso Central: () Sim () Não Data: / / Local: Subclava G
 Acesso Venoso Periférico: () Sim () Não Data: / / Local: / /
 Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não
 Sangramento: () Sim () Não Local: / /
 Hemotransfusão: () Sim () Não - () CH () PF () PLACQUETAS QUANTIDADE

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Alimentação da dieta: () Sim () Não () Parcial () Total
 () VO () NPT () GTT () SNG - Data: / / SNE - Data: / /
 Ruídos hidroaéreos: () Presentes () Ausentes
 Abdomem: () Normal () Globoso () Distendido () Flácido () Tenso
 Eliminação: () Normal () Diarréia () Constipação () Melena

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

Diurese: () Espontânea () SVO () Uropen () Cistostomia
 () Colúria () Polaciúria () Disúria () Oligúria () Anúria () Hematúria
 () Odor () Edema () Lesões - Local () Concentrada () Sedimentada
 Coloração: () Limpa () Amarelada () Vermelha () Escurecida
 Secreções: () Sim - Aspecto () Não Higiene: () Satisfatória () Precária

CURATIVOS E DRENOS

Região: AVC Limpo
 Características: SP Limpo
 Produto: SP Limpo
 Região: FO fêmur D
 Características: Sangrando em pontos
 Produto: SP Limpo
 Dreno: Local / Tipo: / Volume: / Dias: /
 Secreção: /

ÚLCERA POR PRESSÃO

Região: San LPP Estágio: / - Região: / Estágio: /
 Região: / Estágio: / - Região: / Estágio: /

INTEGRIDADE CUTÂNEA

() Febre () Hipertermia () Desidratada () Ressecada () Ictérica () Clonótica
 () Hipocorada () Pele fria e sudoreica () Anasarca () Rubor () Palidez
 () Petéquias - Local () Edema - Local

ENFERMEIRO(a):

[Assinatura]

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	4 fíbril	SpO ₂	120-98
FC	114-96	PVC	
PAM	131-22	PIA	
FR	20-14	Glicemia	132-100

Prescrição médica sendo seguida? () sim (x) não

• Medicação em falta:

haptanilolol

• Medicamentos não checadas:

INTERCORRÊNCIAS

CARDIOVASCULAR:

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

RESPIRATÓRIO:

() ar ambiente () O ₂ CN () O ₂ Macro () O ₂ Tubo Y () VNI () VM	Secreção: () sem () pouca () moderada () abundante Aspecto: _____	Hipoxemia? Causa: _____ Tto: _____	() Desconforto Res? () Broncoespasmo? () Congestão? () SARA? () Rolha? Outro: _____	PaO ₂ /FiO ₂ : <u>680</u> Ajustes: <u>VC 430-410</u> <u>FR 15-12</u>
--	--	--	---	---

GASTROINTESTINAL:

Dieta instalada? () Sim (x) Não. Motivo? _____	() Retorno/Vômitos? () Diarreia? () Sangramentos? () Distensão? () Ausência de RHA?
---	--

RENAL:

Diurese últimas 6h: <u>1200</u> ml/kg/h () IRA () IRC KDIGO ____ () TRS	Estimulação? () Hidratação? () Diurético? Outro: _____
---	---

NEUROLÓGICO:

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

Dr. Alexandre Feitosa
Médico
CRM-RR 213

Outras intercorrências:

4 intercorrências no turno.

Impressão clínica:

Pat grave. Choque hemorrágico já compensado c/ DVA, bom parâmetros ventilatórios, boa diurese. c/ DHEAP

Conduta médica:

SupORTE + suporte ventilatório.

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
☒	☒	☒	☒			

GOVERNO DE NOROCCIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

BALANÇO HIDRICO

NOME: Bryan Wilson

DATA: 28/04/2018 BOX: 18

IDADE: 38

HORA	T	P	R	P.A.	PAM	PVC / PIC	LÍQUIDOS ADMINISTRADOS		LÍQUIDOS ELIMINADOS			PARÂMETROS VENTILATÓRIOS											
							INFUSÃO VENOSA	dieta	água/med	DIURSE	DIENHO 1	DIENHO 2	DIENHO 3	EVACUAÇÃO	SMG/E	MGIO.	FEV.	P.LIM.	PEEP	SpO2	CAB.	ASS.	
07:00																							
08:00	304	136	18	135	99		20			100						VC 3018	42	14	5	99		A	
09:00																							
10:00	370	116	13	128	94		500			200						VC 3018	42	14	5	99		A	
11:00																							
12:00	360	110	18	168	114		304 + 300			500						VC 3018	42	14	5	98		A	
07:00min - 12:00min Líquidos Administrados: + 1124 (JCH) Plasma () Plaquetas Líquidos Eliminados: - 800 (JHD UF)																							
13:00																							
14:00	358	110	18	168	131		500			100						VC 3018	42	14	5	98		A	
15:00																							
16:00	354	109	20	168	103		370			200						VC 3018	42	14	5	99		A	
17:00																							
18:00	358	106	15	168	98		503			500						VC 3018	42	14	5	99		A	
13:00min - 18:00min Líquidos Administrados: + 1673 (JCH) Plasma () Plaquetas Líquidos Eliminados: - 800 (JHD UF)																							
19:00																							
20:00	359	110	15	168	96		10 ml			300						VC 3018	42	14	5	98		A	
21:00	364	114	24	171	77		166 + 193			500						VC 3018	42	14	5	98		A	
22:00																							
23:00																							
00:00	364	107	14	139	98		270 + 500			300						VC 3018	42	14	5	99		A	
01:00																							
02:00	360	108	12	138	114		168			500						VC 3018	42	14	5	99		A	
03:00																							
04:00	364	109	12	138	103		100			500						VC 3018	42	14	5	98		A	
05:00																							
06:00	364	110	12	138	109		112			500						VC 3018	42	14	5	98		A	
19:00min - 06:00min Líquidos Administrados: 2419 (JCH) Plasma () Plaquetas Líquidos Eliminados: 3200 (JHD UF)																							

Total: 4204 Líquidos Administrados: 4204 Líquidos Eliminados: 4800 Balanço final: -596

Enfermeiro: [assinatura] Balanço Parcial: -18 Enfermeiro: [assinatura]

Enfermeiro: [assinatura] Balanço Parcial: -18 Enfermeiro: [assinatura]

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	Prontuário: 16508	
Diagnósticos: Osteossítese de Fêmur D/ Choque Hipovolêmico				

Hemograma / Coagulograma

Data	25/04	26/04				
Leucocitos	31380	9,46				
Neutrófilos	85,8	79				
Linfócitos	5,5	17				
Bastões						
Hb	8,7	7,2				
Ht	27,4	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	1,42	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	1,24	1,2				
K	4,6	4,2				
Na	145	150				
Cl	112	113				
CPK		2052				
Mioglobina						
Troponina						
CK-MB		68				
SOFA						
BH DO DIA	+ 18702	- 596				

Legenda

NR: Exame solicitado mas não realizado

?: resultado duvidoso

Paciente: **Brain Wilson**

Solicitação: 20175091

Número Interno:

Sexo: Masculino

Nasc: 27/10/2001

Idade: 18 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Setor: UTI 2

Leito: 18

Data de Emissão: 25/04/2020 14:05

Recebimento:

Amostra: 2017509101

Resultado de Exame

DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÇÕES

Material: SORO

Métodologia: M03 - Colorimétrico (diazot)

BILIRRUBINA TOTAL

Resultado

0.55 mg/dL

Referência

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

1° 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;

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

3° 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

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

1° 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;

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

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


 HÓRCLEY ROBERTO DE
 BIOQUÍMICO
 CRF - 054 - RR

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

25/04/2020 06:56

(*) Retificado

Página 1 de 2



Hospital Geral de Roraima
 (065) 2121 0640
 E-mail: hgr@hgr.com.br
 Av. Engenheiro Eduardo Gomes, 3308
 Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU

GOVERNO
DE RORAIMA



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente: Brain Wilson

Solicitação: 20175091

Número Interno:

Sexo: Masculino

Nasc: 27/10/2001

Idade: 18 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Setor: UTI 2

Leito: 18

Data de Emissão: 25/04/2020 14:05

Recebimento:

Amostra: 2017509103

Resultado de Exame

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

9.46 x10³/uL

4.0 - 10.0 x10³/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 x10⁶/uL

4.32 - 5.52 x10⁶/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 x10³/uL

150.0 - 400.0 x10³/uL

VPM

10.80 fL

6.5 - 12.0 fL

ADP

16.40

9.0 - 17.0

PCT

0.139 %

1.08 - 2.82 %

M:

Wellerson Mendes
Farmacêutico - Bioquímico
CRF - RR 043

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

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/04/2020 07:54

(*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Pernambuco
Endereço: 21.211-0040
E-mail: hgr@hgr.gov.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3302 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE PERNAMBUCO

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA II



NOME:

Brain Wilson, 18 anos, 75kg

18

Data:

26/04/2020

Diagnósticos: Choque Hipovolêmico/ Osteossintese de Fêmur D / Rabdomiólise

Prescrição Médica

		HORÁRIOS	Prontuário: s/n
1	Dieta enteral SNE 500Kcal/dia.		DN: 27/10/2001
2	SRL 500ml EV 6h		DI HGR: 01/04/2020
3	SF 0,9% ou SRL 500 ml IV ACM		DI UTI II: 24/04/2020
4	Ceftriaxona 1 g IV 12/12 hrs (24/04)		
5	Noradrenalina 16mg + SG 5% 100 ml EV em BIC.		
6	Fentanil 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 04/04h		
12	Glicemia capilar 04/04h. Correções conforme tabela ao lado.		
13	Manter olhos ocluídos com gaze umidificada enquanto inconsciente.		
14	Banho diário com clorexidina 2%		
15	Higiene oral com clorexidina 0,12% 3x/dia		
16	Cebeceira elevada a 45		
17	Mudança de decúbito de 2/2h conforme protocolo interno.		
18	FST respiratória e motora		
19	AMIGDALINA 150mg + SF 0,9% 50ml (EV)		
20	HIPOCORTISOLINA 30mg (EV) 8h		
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			

151 - 180 02U
181 - 210 04U
211 - 240 06U
241 - 270 08 U
271 - 300 10U
301 - 330 12U

AVISAR PLANTONISTA
Fazer GH 50% 40ml EV

1. Avaliação Geral:

2. Sugestão de Conduta:

3. Planejamento Terapêutico:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - UTR

NOME: Braun Wilson

IDADE: 18

DATA: 26/01/20

LEITO: 18

HD: 18

Isolamento de contato/respiratório: () Sim (X) Não

PERÍODO: (X) MATUTINO () VESPERTINO () NOTURNO

ESCALA DE RAMSAY

1	Acordado, anônimo e/ou inquieto
2	Cooperativo, orientado e tranquilo
3	Acordado, responde a comandos verbais
4	Dormindo, resposta leve a estímulo tátil/auditivo
5	Sem resposta a estímulo tátil/auditivo, só doloroso
X	Sem resposta a estímulo doloroso

Score: 1

AVALIAÇÃO PUPILAR

(X) Reagente () Não reagente
() Normal () Média fixa
() Isocóricas () Anisocóricas
() Miose () Midríase
() D>E () ESD

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular		Resposta Verbal		Resposta Motora	
4	Orientado	5	Obedece	6	Localiza a dor
3	Confuso	4	Localiza a dor	5	Flexão normal
2	Palavras incoerentes	3	Palavras incoerentes	4	Flexão anormal
1	Sons	2	Palavras incoerentes	3	Extensão a dor
X	Nenhuma	1	Nenhuma	2	Nenhuma

Score: 1

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

ESCALA DE BRADEN

1	Percepção sensorial	1	Atividade	1	Humidade da pele
2	Consciência	2	Atividade	2	Atividade
3	Atividade física	3	Atividade	3	Atividade
4	Mobilidade	4	Atividade	4	Atividade

SCORE BRADEN: 13

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Espontânea (X) Eupneia () Taquipneia () Bradipneia
() Dispneia () Cheyne-stokes () Kusmaul
Posicionamento do TOT/TQT a 10 cm dos incisivos Pressão do Cuff 20 mmHg
Data da Troca: 26/01/20 Resistência a aspiração: () Sim (X) Não
Ausc. Pulmonar: () Crepitações (X) Sibilos (X) Murmúros Vesiculares

SISTEMA CARDIOVASCULAR

(X) Rítmico () Arritmico () Chelo () Filiforme
Ausculta cardíaca: (X) 2 tempos () 3 tempos Local: Neck

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Alimentação da dieta: (X) Sim () Não () Parcial (X) Total
() VO () NPT () GTT () SNG - Data: 26/01/20
Ruidos hidroacústicos: () Presentes () Ausentes
Abdome: (X) Normal () Globoso () Distendido () Flácido () Tenso
Eliminação: () Normal () Diarreia () Constipação () Melena

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

Diurese: () Espontânea (X) SVD () Uropen () Cistostomia
(X) Colúria () Polaciúria () Disúria () Oligúria () Anúria () Hematúria
() Odor () Edema () Leões - Local () Concentrada () Sedimentada
Coloração: (X) Limpida () Turva
Secreções: () Sim - Aspecto (X) Não Higiene: (X) Satisfatória () Precária

CURATIVOS E DRENOS

Região: FD da região M.F.
Características: de uma ferida
Produto: peróxido
Região: C.V.C. - V.S.C.L. (E)
Características: de uma ferida
Produto: peróxido
Dreno: Local
Secreção: peróxido

ÚLCERA POR PRESSÃO

Região: Estágio - Região: Estágio
Região: Estágio - Região: Estágio

INTEGRIDADE CUTÂNEA

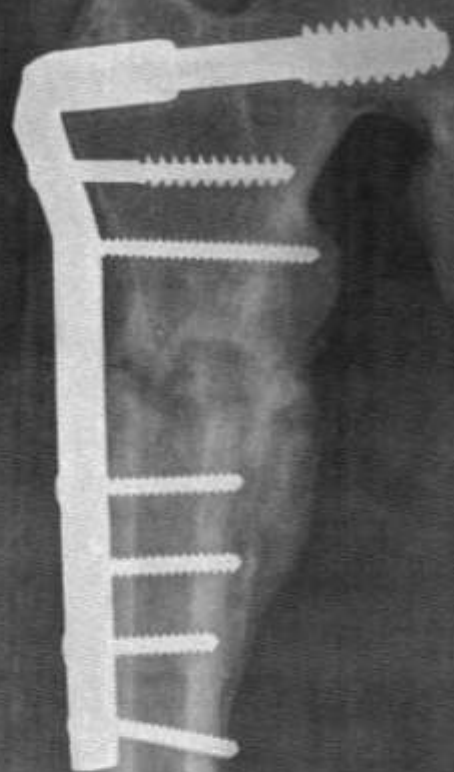
() Febril () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Ictérica () Claudica
() Hipocorada () Pela fria e sudoreica () Arasada () Rubor () Palidez
() Petéquias - Local () Edema - Local

ENFERMEIRO(a):

Enf.ª Dorivalda Santana da C. Neto

COREN-RR 148.217 - ENF

D



BRAIN WILSON

6116

HOSPITAL CORONEL MOTA

Marcos

NOTY IRIS PAIOS-X
BRAIN WILSON
018V Sexo: M Data: 06/04/2020 10:40
Técnica: VALDINET

D
LATERAL



AP

D

LOTTY IRIE BAJOB-N
BRAIN WILSON
0187 SEX: M Data: 08/01/2020 10:44
[Fingerprint Validity]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

*Partido Populista do Povo
Diretor de Ident.*

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

TRABALHADOR

Este é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5457 de 01.05.1943 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

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

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

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

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

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



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

FILIAÇÃO

136.97466.54-1

Nº 1100

5264156

1000

0060

RR

Brain Wilson



BRAIN WILSON

FILIAÇÃO: ALICE WILSON

NASCIMENTO: 27/10/2001

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BONFIM - RR

DOCUMENTO: R.G. 5552435 - 15/08/2016 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF: 706.679.212-22

TIT. ELEITOR:

CNH:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - RUA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 14/10/2013

Maysa Della Flora

Maysa Della Flora

Supervisora Regional de 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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRAIN WILSON

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 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: 5532435
CPF: 706.679.212-22 ENDEREÇO: CS. Original do Lafuel
BAIRRO: _____ CIDADE: Boa Vista
CEP: 9.300-670

VÍTIMA: Brain Wilson
CPF: 706.679.212-22 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-28
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Lavoura Moura

PODERES:

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

Boa Vista RR, 13 de Maio de 20 20

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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRAIN WILSON

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 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