

## 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:  Magistrado  Servidor  Advogado  Membro MP  Defensor  Procurador  Outros  Audiência

Ocultar Movimentos:  Inválidos  Sem Arquivo  Hab. Provisória

### Filtros

Movimentado Por:  Advogado  Advogado NPJ  Entidades Remessa  Magistrado  Procurador  Servidor

Sequencial(Intervalo):  ao  Data do Movimento(Período):  à

Descrição:

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

500 por pág. ▾

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	
<input type="checkbox"/>	9	16/12/2020 10:40:53	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	9.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2773195CONTESTACAO01.pdf Público
	9.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2773195CONTESTACAOAnexo021.pdf Público
	9.3	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2773195CONTESTACAOAnexo022.pdf Público
	9.4	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
	8	01/12/2020 17:25:57	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de BRAIN WILSON) em 01/12/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (01/12/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	Wallyson Barbosa Moura Advogado
	7	01/12/2020 14:37:57	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de BRAIN WILSON com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (01/12/2020)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário
<input type="checkbox"/>	6	01/12/2020 12:56:09	<b>CONCEDIDO O PEDIDO</b>	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
	5	27/11/2020 12:01:41	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ
	4	27/11/2020 12:01:41	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ
	3	27/11/2020 12:01:41	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
	2	27/11/2020 12:01:41	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<input type="checkbox"/>	1	27/11/2020 12:01:40	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Wallyson Barbosa Moura Advogado



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

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200348042

Vítima: BRAIN WILSON

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRAIN WILSON

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: BRAIN WILSON

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000001352

Conta: 0000055174-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 706.679.212-22 4 - Nome completo da vítima: Braun Wilson

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

5 - Nome completo: Braun Wilson 6 - CPF: 706.679.212-22  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: 53 - Rua Principal do Lafael 9 - Número: 514 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: \_\_\_\_\_ 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.300-690  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): 99113-3355

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.000,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Itaú  
AGÊNCIA: 1350 CONTA: 55174 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no CV)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - País do domicílio 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 (nascidos)?  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.

NÃO ALFABETIZADO

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) \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, Bom Jesus RR 27 de Setembro

Braun Wilson  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJS9F M2FFX LM3CP SB6MR

Fls: 1  
Visto:



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

20005: ACIDENTE COM LESÕES

#### Meio(s) Empregado(s)

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\_VEIC  
ULOS



Fls: 2  
Visto:



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 020116884  
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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 706.679.212-22 4 - Nome completo da vítima: Brian Wilson

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

5 - Nome completo: Brian Wilson 6 - CPF: 706.679.212-22  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: 53 - Terminal do Lafuel 9 - Número: 514 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: \_\_\_\_\_ 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.300-690  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): 99113-3355

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Itaú  
AGÊNCIA: 1350 CONTA: 55174 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ou Civ.)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - País do domicílio 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 (nascidos)?  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.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Bom Vista RR 27 de Setembro  
Brian Wilson  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJS9F M2FFX LM3CP SB6MR

# 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



22/09/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 09/2020 referente a UC: 1101188



### 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



09/04/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 703494



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

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

RR

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

### OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

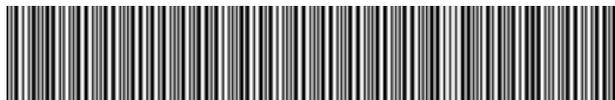


## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

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

83640000052.522500750008.00000000703.349403200059





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

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Braim 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

BOLETIM OPERÁRIO

BRAIN WILSON

Data: 16, 02, 2020. O.S. \_\_\_\_\_

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

CIRURGIÃO: Dr. Elder Soares 1º AUXILIAR: Dr. Jovianillo  
 2º AUXILIAR: Dr. Manoel 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 analgésico
- ② Anestesia, antisepsia e colocação em campo cirúrgico
- ③ Lesão extensiva com fratura e lesões
- ④ Fixação da fratura subcondilária da fêmur ① com fixador externo. Com auxílio de intensificador de imagem.
- ⑤ Lavagem da hemostasia + sutura.
- ⑥ Curativo.

HOSPITAL GERAL DE ARACAJU  
 Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
 Novo Planalto - Tel: 331-2021-0620  
 AUTENTICAÇÃO  
  
 Certifico e atesto que a presente cópia é fiel reprodução original que foi apresentado neste hospital



Transf: 19/10/2020

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: *Brandon Wilson*  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
9 - Nº DO PRONTUÁRIO: *138450*  
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: *Alécio Wilson*  
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE  
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): *Vila Passaraõ*  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: *RR*  
15 - UF: *RR*  
16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO  
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *Paciente com fx Exposta subtrocanterica*  
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: *TTO Unipico*  
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): *Ara morse + Rx + Ex. Histórico*

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto - Tel: (95) 3121-0622  
AUTENTICAÇÃO  
*28*  
CONFIRMAÇÃO DE QUE O PRESENTE CÓPIA É Fe. Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: *Fx exposta subtrocanterica*  
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: *Ortopedia*  
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF  
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: *Dr. Elden*  
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: *16/07/20*  
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 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF  
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: *16/7/20*  
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: *0408050616 5722*





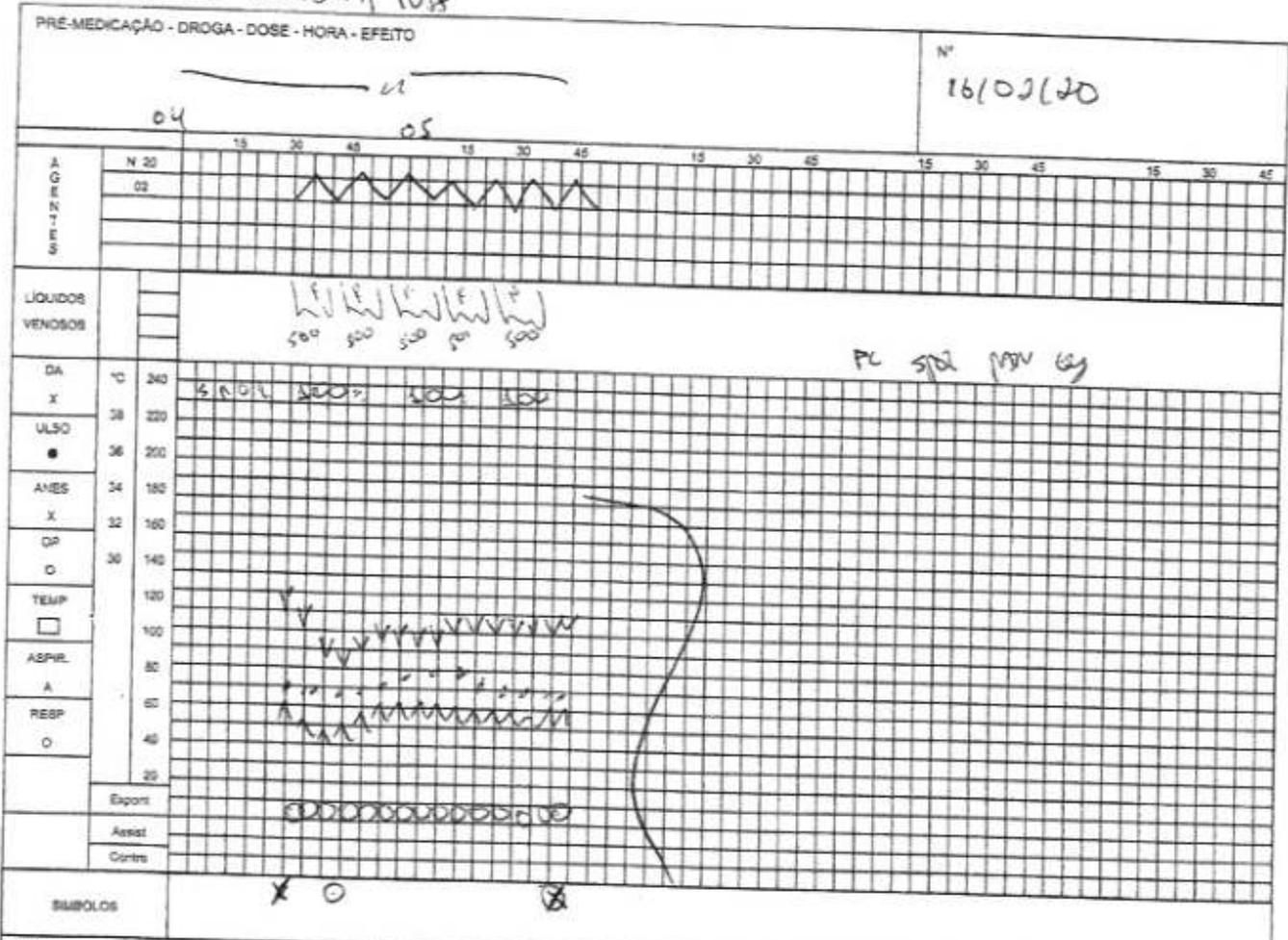
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 "Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Brian Wilson, 18a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº 16/02/20



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Propofol	0.5: 15g	RAQUIDUROTORÓICA	1 - teste brn: monitorização, vasopamb, um, rym, potind 2 - aspirio e antitromp 3 - aumento de pressão arterial 4 - posição do paciente
B. Clonidina	0.2: 0.2g	toróica	
C. Fentanila	200g		
D. Escopolina	50g		
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	Linco - Espasto - Excesso Soro Depressão Respiratória - Hipoxia "Sucking" - Vômito
NOOD		Naso / Orofaríngea - Cepo	
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	Hemorragia - Antina Brad Taquicardia - Choque
OPERAÇÃO		PERDA SANGÜINEA	
ANESTESIA		COÓDIGO	
CIRURGIÃO			

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
 Novo Pimente, Tel: (93) 3122-0620  
**AUTENTICAÇÃO**  
  
 Certifico e Dou Fé que a presente  
 cópia é fiel e verdadeira do original  
 que foi apresentado neste Hospital.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

*clinetos*

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>BRAIN WILSON</i>	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>16 10 2020</i>
---	--------------	------------------	---------------------------

TIPO <i>FRATURA DE FEMUR</i>	CIRURGIA		
	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO <i>05:00</i>	FIM <i>06:04</i>	TEMPO TOTAL

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA		
	ANESTESISTA:		
	RES. ANESTESIA:		<i>JOSE NETO R2</i>
	INSTRUMENTADOR		
1º AUXILIAR <i>Dr. ELDER SOBRINHO</i>			
2º AUXILIAR <i>Dr.º FACHO R1</i>			
3º AUXILIAR			
	CIRCULANTE		

TIPO DE ANESTESIA: <i>Rouquin</i>	MARCELO, SOCORRO, ISABEL		
TEMPO DE DURAÇÃO:			

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<i>10</i>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
<i>10</i>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº <i>dióxido de titânio</i>	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 8.0		<i>1</i>	FIO MONONYLON Nº <i>2.0</i>	
<i>7</i>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<i>10</i>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<i>1</i>	LÂMINA BISTURI Nº <i>20</i>		<i>1</i>	FIO CATGUT SIMPLES Nº <i>catgut de 02</i>	
	DRENO DE SUÇÃO Nº		<i>1</i>	FIO CATGUT CROMADO Nº <i>catgut de 02</i>	
<i>1</i>	<del>DRENO DE TORAX Nº</del> <i>ESCORVA</i>		<i>1</i>	FIO PROLENE Nº <i>equilíbrio molares</i>	
	DRENO DE PENROSE Nº		<i>1</i>	FIO SEDA Nº <i>filon Nº 18</i>	
<i>1</i>	SERINGA 01ML <i>relaxante P/ sala</i>		<i>1</i>	SURGICEL <i>agulha de 18 gauge</i>	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
<i>1</i>	SERINGA 05 ML		<i>1000</i>	KIT CATARATA Nº <i>propia</i>	
	SERINGA 10ML		<i>10</i>	GEOFOAM <i>moleculares</i>	
	SERINGA 20ML		<i>10</i>	FITA CARDIACA <i>gomas</i>	
				OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA	VALOR
INSTRUMENTADOR (A) ENFERMEIRA CHEFE <i>Blancher</i> <i>ANA REGATA</i>		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS CIRCULANTE DE SALA <i>MARCELO, SOCORRO</i> <i>ISABEL</i>		
ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)29494000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250 Ref. 4747/03 Lote: 198.000999 Registro ANVISA: 18225718095		
ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)29494000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250 Ref. 4747/03 Lote: 198009817 Registro ANVISA: 18225712095		SUB-TOTAL
TAXA DE SALA		
TAXA DE ANESTESIA		
SOMA		

AV. BRIG. EDUARDO GUERREIRO, 1500 - JARDIM SÃO CARLOS - FORTALEZA - CE  
 ENVIAR ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

ATENCIONADO

*28*

Atestado de Doc. Feito e entregue  
 cópia e fe. Registrado digitalmente  
 que foi apresentado neste Hospital

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJS9F M2FHX LM3CP SB6MR

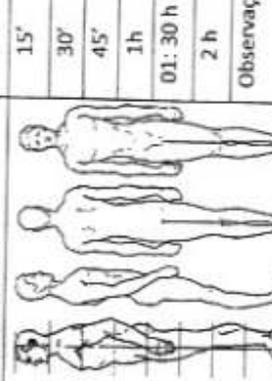




**SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
 CENTRO CIRÚRGICO/SRPA**

Nome: Bruno Wilson Data de Nasc: 27/10/2001 Idade: 18 Setor/Leito: \_\_\_\_\_  
 Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim (X) Não Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim (X) Não

Data: 16/02/2020

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	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRE-TE	DOR 0/10	
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: Reserva de Hemoderivado: ( ) Sim (X) Não Outros: 2. Chegou ao Centro Cirúrgico: ( ) Desambulando (X) Consciente ( ) Com Suporte de O2 ( ) TOT ( ) Agitado 3. Sinais Vitais: T _____ °C R <u>18</u> rpm FC <u>97</u> bpm PA <u>92x52</u> mmHg SAT _____ % 4. Anotações (Admissão do Paciente): admitido para realizar pro- cedimento ortopédico. Infância que foi acidente de moto e comen- te fraturas nos 01 membros da	04:20 04:25 05:00 06:04	04:25 05:00 06:04	05:00 06:04	06:04	06:04	Anestesia: <u>Raqui</u> Posicionamento: <u> dorsal </u> Hemoderivados: _____ CH: <u> 0 </u> Plasma: <u> 0 </u> Plaquetas: <u> 0 </u> Anátomo Patológico: (X) Não ( ) Sim N° Peças: ( ) Cultura ( ) Outros: <u> 0 </u>	Localização:  1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros:	<u> Raqui </u> <u> Exatidão de </u> <u> Gemin </u>	0'	93	100	100	0		
<b>BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)</b>															
<b>Entrada</b>								<b>Saída</b>							
Hora	Medi cação	CH	SNG/ Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros	Outros	Outros	Outros	Outros	Outros	Outros	Outros
<b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)</b>															
Sinais Vitais: Saída da SO T _____ °C R _____ rpm FC <u> 97 </u> bpm PA <u> 92x52 </u> mmHg SAT _____ % (X) Regular ( ) Irregular Destino: (X) SRPA ( ) UTI ( ) outros:															

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJS9F M2FHX LM3CP SB6MR



**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**

Nome Brian Wilson  
Responsável Cirurgião B. Seda

**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

APROXIMAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:  
ALÉRGICA 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 16/12/20 Assinatura [Assinatura] Hora: 10:50

**ANTES DA INCISÃO**

Anestésista 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 + 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  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

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

DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ DIH \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_\_  
 PACIENTE Dr. Wilson  
 AGNÓSTICO Rx exposta subtrocanterian  
 ALERGIAS \_\_\_\_\_  
 IDADE \_\_\_\_\_ HAS \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_ DM2 \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_  
 LEITO \_\_\_\_\_ DATA 16/02/20

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SAD
3	SF 0,9% 500ML EV <u>8/8 = 6/6 Hs</u>	<u>manuten</u>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<u>18.</u>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<u>06.00</u>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA //	<u>06.00</u>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 //	<u>06.00</u>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h <u>S/S/S</u>	<u>NTF</u>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<u>06.00</u>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<u>07.00</u>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	<u>08.00</u>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	<u>08.00</u>
13	SSVV + CCGG 6/6 H	
14	CURATIVO DIÁRIO	<u>POSTO DIÁRIO</u>
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

Dr. Pedro de S. Fausto  
 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: # CONDUITA: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

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

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. Vive

601-02





BXF - HC

UWA

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

DATA: 17.10.20

PACIENTE: Brian Wilson

DIAGNÓSTICOS: Ex exposto subscrito (C) DNE 27/10/2001

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

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR: Analgesic + Antibiotic

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA: By 12015, AAA, SI impotant e unsta / aguardo programação cirurgia

Boa Vista, 17 de 02 de 2020 Hora: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE, CRM \_\_\_\_\_  
Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Dr. Pedro Di Giovanni  
CRM/RJ 1815  
Coordenador NIR  
CRM \_\_\_\_\_

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

60



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 RAIOS X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. BRUNO FIGUEREDO

quinta-feira, 7 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Dr. Bruno Figueredo  
Médico Especialista  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM ..... 20.318



NIK

Transf: 19/10/2020

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  
2 - CNES  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
4 - CNES

Identificação do Paciente  
5 - NOME DO PACIENTE: Brown Wilson  
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 178450  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
8 - DATA DE NASCIMENTO: 27/10/01  
9 - SEXO: Masc.  Fem.  3  
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Alicia Wilson  
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE  
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Vila Passaraõ  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: RR  
15 - UF: RR  
16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO  
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:  
Paciente com fr. Exposta subtrocanterica (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
TTO Unipico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):  
Anamnese + Rx + Ex. Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: fr. Exposta subtrocanterica (D)  
21 - CID 10 PRINCIPAL  
22 - CID 10 SECUNDÁRIO  
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO  
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
26 - CLÍNICA: Ortopedia  
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF  
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Elder  
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 16/07/20  
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 2026

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)  
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO  
36 - CNPJ DA SEGURADORA  
37 - Nº DO BILHETE  
38 - SÉRIE  
39 - CNPJ EMPRESA  
40 - CNAE DA EMPRESA  
41 - CBOR  
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO  
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR  
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0408050616  
46 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF  
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 16/7/20  
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 5722  
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0499



# 003-2



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

1ª Classificação/Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.

2001220896 16/02/2020 01:52:22 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 7

Paciente <b>BRAIN WILSON</b>	Data Nascimento <b>27/10/2001</b>	Idade <b>18 A 3 M 20 D</b>	CNS	CPF <sup>U7</sup>	Prontuário
Tipo Doc Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo <b>M</b>	Estado Civil	Raça/Cor <b>PARDA</b>
Mãe <b>ALICIA WILSON</b>	Pai <b>NI</b>		Naturalidade		Nacionalidade <b>BRASILEIRA</b>
Endereço <b>RUA - VILA DO PASSARAO - SN - - BOA VISTA - RR</b>					Ocupação

Class. de Risco	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Setor <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>SAMU CAPITAL</b>	Procedimento Sol.		Registrado por: <b>ALEXSANDRO PEREIRA</b>	

Queixa Principal  Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC	TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)  
*relato pelo pai da vítima da queda de moto com trauma em coxa direita (provável fratura)*

Exame Físico  
*Estimulado - Glasgow 15/1  
 FC 115 - SpO2 98%*

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

RAIO-X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>S. Fisiológico com vit IN</i>		
<i>SUPLENTO 29 U</i>		
<i>TIACIL 40mg IV</i>		
<i>02:24 ORTOPEDIA</i>		

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 *Dr. Jorge Barros Freitas*

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



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJS9F M2FFX LM3CP SB6MR





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 16, Dez 2020 O.S. \_\_\_\_\_

BRAIN WILSON

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR PROX.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: TRATAMENTO CIRÚRGICO FASE EXP. FEMUR

TIPO DE INTERVENÇÃO: CIRÚRGICO

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo.

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

2º AUXILIAR: Dr. [Signature] 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 analgésico
- ② Anestesia, antisepsia e colocação de campos cirúrgicos
- ③ Limpeza extensiva com Iodo, água e álcool
- ④ Fixação da fratura subcondilária da fêmur com fixador externo. com auxílio de intensificador de imagens.
- ⑤ Lavagem de hemostasia + sutura.
- ⑥ Curativo.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 "Amazônia Petrônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Brian Wilson, 18a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
<p>04 05</p>		16/02/20
AGENTES	<p>15 20 30 45 15 30 45 15 30 45</p>	
LÍQUIDOS VENOSOS	<p>500 500 500 500 500</p> <p>PC 500 1000 500</p>	
DA X	340	5 10 15 20
ULSO	200	
ANES X	200	
OP O	180	
TEMP	160	
ASPIR. A	140	
RESP O	120	
	100	
	80	
	60	
	40	
	20	
Export	<p>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</p>	
Assist		
Contro		
SÍMBOLOS	<p>X O X</p>	
AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A Propofol 1%	0,5 - 15 g	Percewimantose hipotética
B Clonidina	0,05 g @	lombas
C Gentamicina	100 g @	
D Etomidato	50 g @	
E		
F		
G		
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cérvic - Naso / Oro Faríngea
INDIC		Naso / Orotraqueal - Cego
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo
		Sob Máscara
		Dificuldade Técnica
SP 93%	250	em 15 min
TOTAL	2500 ml	01:15 HA
OPERAÇÃO	Pixação de Prótese de	Laringe - Espanto - Exame Suro
	Articular @	Depressão Respiratória - Náusea
		"Bucking" - Vômito
		Hemorragia - Anemia
		Bradi Taquicardia - Choque
ANESTESIA	CÓDIGO	PERDA SANGÜÍNEA
Artém / 500 ml		300 ml
	CIRURGIÃO	
	Artém / 500 ml	

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJS9F M2FHX LM3CP SB6MR





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

**FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA**

*cinco*

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
BRAN NILSON				16 102 120	
<b>CIRURGIA</b>					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
FRATURA DE FEMUR		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		05:00	06:04		
<b>EQUIPE MÉDICA</b>					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:				
Dr. ELDER SOUZA	RES. ANESTESIA:		JOSE NETO R2		
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
Dr. Pedro R1					
2º AUXILIAR	CIRCULANTE				
	MARJOR, SOCORIO, ISABEL				
TIPO DE ANESTESIA: <i>Rouqui</i>		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
12	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº <i>cateter de 10mm</i>	<i>200</i>
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº <i>2.0</i>	
7	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº <i>20</i>		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº <i>cateter de 10</i>	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº <i>cateter de 10</i>	
1	DRENO DE TORAX Nº <i>ESQUERDA</i>		1	FIO PROLENE Nº <i>cateter de 10</i>	
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº <i>filon Nº 18</i>	
1	SERINGA 01ML <i>insulina</i>	<i>pisada</i>	1	SURGICEL <i>ABULIM DE RALGUE</i>	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML		10	KIT CATARATA Nº <i>propia</i>	
	SERINGA 10ML		10	GEOFOAM <i>molescatas</i>	
	SERINGA 20ML		10	FITA CARDIACA <i>gomas</i>	
OUTROS:					
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA	VALOR		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Olivera</i> <i>ANA BEATA</i>	DATASINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 56112048000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 950 Ref. 4747/03 Lote 19A003617 Registro ANVISA: 10229710095			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA <i>MARJOR, SOCORIO</i> <i>ISABEL</i>	DATASINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 56112048000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 950 Ref. 4747/03 Lote 19A003617 Registro ANVISA: 10229710095			
		SUB-TOTAL			
		TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJS9F M2FHX LM3CP SB6MR





ESTADO DE RORAIMA  
 "AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

**CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS**

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: <i>Ortopedia</i>		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: <i>Brodian Wilson</i>		IDADE:	SEXO: F ( ) M ( )	Nº do Prontuário	Data <i>16/02/2021</i>
Bloco:	Enfermaria:	Leito: <i>0</i>	Nº da Sala <i>04</i>	Circulante de Sala: <i>Isabel, Socorro, Maria</i>	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: <i>Pequena Cirurgia</i>					

**Dados dos materiais/Serviço**

Hospital Geral de Roraima ( )		Dados Adicionais:		Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM			QUANT
<i>01</i>	<i>Fixador Externo 350 mm</i>			<i>01</i>
<p>ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA                  Tel: 55(11)09494500                  FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350                  Ref: 4747/03 Lote: 19A0009617                  Registro ANVISA: 10228710095</p> <p>ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA                  Tel: 55(11)09494500                  FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350                  Ref: 4747/03 Lote: 19L000969                  Registro ANVISA: 10228710095</p>				
<p><i>Dr. Elda Soares</i>                  Ortopedia e Traumatologia                  CRM 154778</p>				
MÉDICO CIRURGIÃO: <i>Dr. Elda Soares</i>		1º AUXILIAR: <i>Dr. Pedro R1</i>		

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: [sgm.ma.br@brasilmail.com](mailto:sgm.ma.br@brasilmail.com)

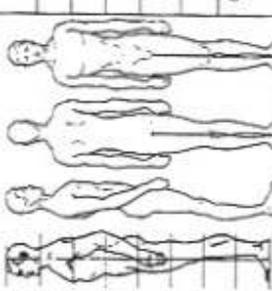
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJS9F M2FFX LM3CP SB6MR



SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Bradley Wilson Data de Nasc: 27/10/2001 Idade: 18 Setor/Leito: \_\_\_\_\_  
Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim (X) Não Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim (X) Não

Data: 16/02/2020

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	Localização	Horário	T	FC	PA	SPOZ	ALDRE-TE	DOR 9/10																						
<p><b>1. Informações:</b></p> Jejum ( ) Sim (X) Não Prótese ( ) Sim (X) Não Exames ( ) Sim ( ) Não Reserva UTI ( ) Sim ( ) Não Lateralidade ( ) Sim ( ) Não PNE ( ) Sim ( ) Não Alergia ( ) Sim (X) Não Qual: _____ Reserva de Hemoderivado: ( ) Sim (X) Não Outros: _____	04:20	04:35	05:00	06:04		Rapaz	Posicionamento		0'		83		100		0																						
<p><b>2. Chegou ao Centro Cirúrgico:</b></p> ( ) Desambulando (X) Consciente ( ) Com Suporte de O2 ( ) TOT ( ) Agitado	Cirurgia Realizada: <u>Exatoma do fêmur</u>		Anestesia: <u>Rapaz</u>					<p><b>3. Sinais Vitais:</b></p> T: _____ °C R: <u>13</u> rpm FC: <u>137</u> bpm PA: <u>93/52</u> mmHg SAT: <u>97</u> % SNG/SNE: _____ Garrote: _____																													
<p><b>4. Anotações (Admissão do Paciente):</b></p> <u>Admitido para avaliação pré-operatória</u> <u>Exame físico normal</u> <u>Exame de sangue</u> <u>Exame de urina</u> <u>Exame de ECG</u> <u>Exame de radiografia</u>	Hidratação Infundida: Antibiótico: _____		Nome: <u>Amoxicilina</u>	CH: <u>0</u>	Hemoderivados: _____			<p><b>5. Outros:</b></p> Dose: _____ Hora: _____ N° de Compressas oferecidas: _____ N° de Compressas recolhidas: _____ Exames na SQ: ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) RX ( ) Gasometria ( ) Outros: _____																													
<p><b>BALANÇO HÍDRICO (PRÉ-/INTRA-/PÓS OPERATÓRIO)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Entrada</th> <th colspan="3">Saída</th> </tr> <tr> <th>Medicação</th> <th>CH</th> <th>SNG/Volume</th> <th>Dreno/Qual</th> <th>Hora</th> <th>SVD/Aspecto</th> <th>Dreno/Qual</th> <th>Outros</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>																Entrada			Saída			Medicação	CH	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros								
Entrada			Saída																																		
Medicação	CH	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros																														
<p><b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)</b></p>																																					

### LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Bruno Wilson  
Responsável Cirurgião Dr. Celso

#### ENTRADA ( Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:  
 Identidade  
 Sítio Cirúrgico  
 Procedimento  
Consentimento  Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO  
( ) Aplica  Não se Aplica

SÍMBO 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

Data 16.12.20 Assinatura [assinatura] Hora: 10:34

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista R. J. P. 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 DESTA PACIENTE  
 Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

[assinatura]  
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 *Wilson*

AGNOSTIC *Rx* *exposta* *subtração* *(D)*

ALERGIAS \_\_\_\_\_ HAS \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_ DM2 \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_

LEITO \_\_\_\_\_ DATA *16/02/20*

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	<i>manuten</i>
3	SF 0,9% 500ML EV <i>S/N = 6/6 HS</i>	<i>18.</i> <i>06.00</i> <i>06.</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>06.</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<i>NTF.</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA //	<i>06.</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 //	<i>06.</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h <i>S/S</i>	<i>06.</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<i>06.</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<i>06.</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG //	<i>06.</i>
13	SSV + CCGG 6/6 H	<i>06.</i>
14	CURATIVO DIÁRIO	<i>06.</i>
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 *570*  
 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR/2029

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

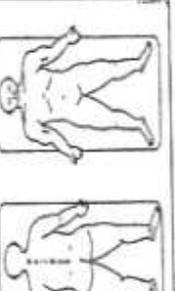
SINAIS VITAIS		FC	FR
6 H	PA		
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*P. V. V.*

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018
Paciente: <u>B. Tain Wilson</u>		Data: <u>10/21/2020</u>		
Leito: <u>6012</u>				

Localização		Região: <u>Falco Direito</u>		Região: _____	Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>01</u> Tração <u>01</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	Grau: I ( ) II ( )	( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	( ) LPP I 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 _____
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: _____
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso <u>(X)</u> Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso <u>(X)</u> Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso <u>(X)</u> Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<u>(X)</u> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	<u>(X)</u> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	<u>(X)</u> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	<u>(X)</u> Soro Fisiológico 0,9% <u>(X)</u> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	<u>(X)</u> Soro Fisiológico 0,9% <u>(X)</u> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	<u>(X)</u> Soro Fisiológico 0,9% <u>(X)</u> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	<u>(X)</u> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>com creme esparadrapo</u>	<u>(X)</u> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>com creme esparadrapo</u>	<u>(X)</u> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>com creme esparadrapo</u>	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____
Troca	( ) 12/12 <u>(X)</u> Diário <u>Manhã</u> ( ) 48/48h	( ) 12/12 <u>(X)</u> Diário <u>Manhã</u> ( ) 48/48h	( ) 12/12 <u>(X)</u> Diário <u>Manhã</u> ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN/PR 507.095/TE	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN/PR 507.095/TE	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN/PR 507.095/TE	Larissa Aparecida Técnica em Enfermagem COREN/PR 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 trocântica subscantosa do 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			MARCA
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			08/08H
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			NO
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			NO
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SND
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			CENAS
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			12:30 04
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SND
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			10 18 22 04
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			12 24
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SND
13	SSVV + CCGG 6/6 H			NO
14	CURATIVO DIÁRIO			NO
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Dr. Odinechi Okonji  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM: 188.118

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,  
 NÓRMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	127/80	72	20	36,2
18 H	132/81	89	20	36,8
24 H	120/60	98	20	36,3

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06:00: 120x60 mmHg P=68 bpm T=36,6°



601-2

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	Fr expul subtraente flex (15)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	601-2	DATA	19/02/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND.
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTEN.
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SND.
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				10:16-22 04
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SND.
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				SND.
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				SND.
13	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA.
14	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO.
15	Ulexa 40, 5C 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, NÓRMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Marcos Aguiar  
 19/02/2020

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

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJS9F M2FHX LM3CP SB6MR





~~BXF~~ - HC      *WRA*

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

DATA: 17.10.20  
PACIENTE: Braim Wilson      DN: 27.10.2001  
DIAGNÓSTICOS: Fx exposto subconjunto

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:

Analgesic + Antibiotic

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

By 12015, AAA, 51 important in MMJH /  
aguardando programação cirurgia

Boa Vista, 17 de 02 de 2020 Hora: \_\_\_\_\_

*Dr. Marcos Aguiar*  
Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE. CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.  
*Dr. Pedro Di Giovanni*  
CRM: 17615  
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



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

BRIAN WILSON

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8981005810708593

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/09/02

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

178450

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Alicia Wilson

Masc.  1

Fem.  3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Passaçoá

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

120000

15 - UF

RN

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

#### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Romção de mama e fratura e  
coluna de fratura transverial

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

170 dias

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

Rx + E. f. h. w.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Rx fratura (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

170 dias de fratura (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

Dr. Vitor Montenegro

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/09/20

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

Dr. Vitor Montenegro  
Traumatologia Ortopedia  
Rég. nº 868

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

#### AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

0408060360

7847

4838

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

27/09/20

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

Alicia - 0408050098





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 31/03/2020 O.S. \_\_\_\_\_

BRUNO WILSON

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fx femur (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: \_\_\_\_\_

TIPO DE INTERVENÇÃO: RMS DE FIXADOR EXT + TRACÃO TRANSITÓRIO (MIO)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: VITOR MONTENEGRO 1º AUXILIAR: Bruno Wilson

2º AUXILIAR: Fernando RS INSTRUMENTADORA: Den (RA)

3º AUXILIAR: Ornathi RS ANESTESIA: \_\_\_\_\_

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

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① AUMENTO EM DA SOB FOTO ANTERIOR;
- ② AA E CC S;
- ③ ROTINA DE FIXADOR EXT P/ FEMUR DE FEMUR (D);
- ④ COLOCAÇÃO DE TRACÃO TRANSITÓRIO
- ⑤ A RFA

Dr. Vitor Montenegro  
Traumato - Ortopedia  
CRM-RR 868

Bruno Vieira  
CRM 1231 RR  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 "Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Brain Wilson

Nº Bea Vista - RR  
 31.03.2020

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N 20		15		30		45		15		30		45			
AGENTES	02	[Graph showing vital signs over time]															
LÍQUIDOS VENOSOS	A 0.2	M 0.2	500 ml														
DA	°C	240	[Handwritten notes]														
Y	38	220	[Handwritten notes]														
ULSO	36	200	[Handwritten notes]														
ANES	34	180	[Handwritten notes]														
X	32	160	[Handwritten notes]														
OP	30	140	[Handwritten notes]														
TELIP	120	[Handwritten notes]															
ASPIR.	80	[Handwritten notes]															
A	60	[Handwritten notes]															
RESP	40	[Handwritten notes]															
O	20	[Handwritten notes]															
Expon	[Handwritten notes]																
Admit	[Handwritten notes]																
Contro	[Handwritten notes]																

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Supravacua 125mg	Intubação lombar	check list + monitorização (SPO2 FC+ ECG+ PAwi)
B		Intubação simples com	
C		ventilação espontânea	
D			
E			
F			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS		
INDIC			
SANGUE			
SFO, 9% 500 ml			
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	FMS de		
ANESTESIA	Dr. Wilson		
CÓDIGO	Cirurgião	Dr. Vitor / Dr. Bruno	PERDA SANGÜÍNEA

Encaminhado paciente SRA

Res. Dr. Wilson  
 [Stamp: Conselho Regional de Medicina - RORAIMA - CRM/ROR 475]





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		31/03/2021	
<b>CIRURGIA</b>					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
RMS + Tração transesquática em MID (Simus D)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		16:30	16:35		
<b>EQUIPE MÉDICA</b>					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:	Tibéria		
1º AUXILIAR Bruno Figueiredo		RES. ANESTESIA:	R. Andressa		
2º AUXILIAR Vitor Montenegro		INSTRUMENTADOR			
3º AUXILIAR R. Fernando		CIRCULANTE	D. Sônia / P. Dimundo		
TIPO DE ANESTESIA: Raqui		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
7	COMPRESSAS C/03			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500ml	
11	PAQUOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LATA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LATA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LATA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LATA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
2	LATAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M/G)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LATA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	BOCA DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	BOCA DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	BOCA DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
2	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
2	SERINGA 05ML	10cm		KIT CATARATA Nº	
3	SERINGA 10ML			GEOFOAM Kalico maxcrafts	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA Agulha nº 17 raqui nº 26	
2	Eletródios			OUTROS: Veridiana 21-	
1	Cateter de O <sub>2</sub>			± 50ml	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTOS		ENFERMEIRA CHEFE			MATERIAL MEDICAMENTOS
		Carlos / Rebeca			
FUNCIONÁRIOS		CIRCULANTE DE SALA			SUB-TOTAL
TAXA DE SALA					
TAXA DE ANESTESIA					
SOMA					
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJS9F M2FHX LM3CP SB6MR



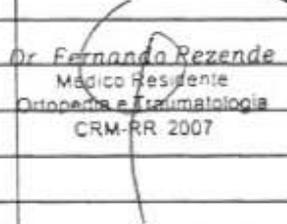


ESTADO DE RORAIMA  
 "AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

**CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS**

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Tração Transesquelética em MJ	
Nome do Paciente: Bram Wilson		IDADE: 18a	SEXO: F ( ) M <input checked="" type="checkbox"/>	Nº do Prontuário	Data 31/03/2020
Bloco: A	Enfermaria: 107	Leito: 01	Nº da Sala 01	Circulante de Sala: Clayngela / Raimundo	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Fio de Staimann					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ( <input checked="" type="checkbox"/> )		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: \_\_\_\_\_

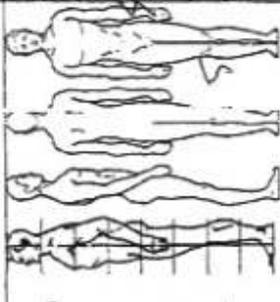
1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME



SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
 CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Brian Wilson Idade: 10/10/01 Setor/Leito: 10401 Data: 31/03/20  
 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	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRE-TE	DOR 0/10	
15:57	16:07	16:10			Raquel	Rms + Dreno MSB	0'							
Cirurgia Realizada: <u>Rms + Dreno MSB</u> Anestesia: <u>Raquel</u> Posicionamento: <u>Dorsal</u>			Hemoderivados: <u></u> CH: <u></u> Plasma: <u></u> Plaquetas: <u></u> Anátomo Patológico: <u></u> N° de Compressas oferecidas: <u></u> N° de Compressas recolhidas: <u></u>			Localização:  1. Sonda <u>Dreno</u> 2. Curativo <u></u> 3. Dreno <u></u> 4. Acesso venoso <u></u> 5. Outros: <u>Dreno</u>			Observações: <u></u>			Sinais Vitais: <u></u>		
Hidratação Infundida: <u></u> SF 0,9%: <u></u> SG 5%: <u></u> Outros: <u></u>			Nome: <u></u> Dose: <u></u> Hora: <u></u>			Balunço Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)			Entrada			Saída		
Exames na SO: ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) RX ( ) Gasometria ( ) Outros: <u></u>			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 ( ) Não ( ) Sim N° <u></u> 12. SVD ( ) Não ( ) Sim N° <u></u> 13. Outros: <u></u>			Sinais Vitais: Saída da SO T <u></u> °C R <u></u> rpm FC <u>73</u> bpm PA <u>120/65</u> mmHg SAT <u>100</u> % ( ) Regular ( ) Irregular			Hora: <u></u> Medicação: <u></u> SNG/Volume: <u></u> Dreno/Qual: <u></u> Hora: <u></u> SVD/Aspecto: <u></u> Dreno/Qual: <u></u> Outros: <u></u>			ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)		
4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Dado de trabalho</u> <u>Diagnóstico clínico</u> <u>Intervenção realizada</u> <u>Estado e evolução</u> <u>Medicamentos</u> <u>Sinais vitais</u>			Destino: <u>PQ SRPA</u> ( ) UTI ( ) outros: <u></u>			Data: <u>31/03/20</u>			Centro Cirúrgico/SRPA					



ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**

**ANTES DA INCISÃO**

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

Nome Dr. Wilson  
Responsável Cirurgião Dr. Wilson

Anestesiista Dr. Ubirajara R. Pacheco

**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 31/07/2020 Assinatura Andréa Melo Lima Hora: 16:21

**PAUSA CIRÚRGICA ( Sala Operatória)**

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

**EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:**

REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

Não se aplica  
( ) Sim,

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

**AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.**

Sim  
( ) Não se aplica

**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

Revisão de 30/07/2020  
T.A. Pacheco  
DIRETOR DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo

207-1

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>Serviço de Ortopedia e Traumatologia</b>											
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					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							Manter		
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 + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA							S/N		
7		NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4							S/N		
8		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h							06 08 14		
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							Retirar		
14		CURATIVO DIÁRIO							M		
15		CETILAXONA Ag 02 02/124							24: 12		
16											
17											
18											
19											
20											
21											

**SE DIABÉTICO** CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA:  
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 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

06 hora  
 PA=101/59  
 FC=71  
 T=36,2  
 medicamentos e SSVV realizada e.p.m  
 Marizelma Sampaio Ferreira  
 COREN-RR 754419/TE





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

Eu Braim Wilson CPFnº \_\_\_\_\_

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

Declaro que:

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

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

- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) 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 Traumatologia  
CRM-RR 1733 RQE 676

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJS9F M2FHX LM3CP SB6MR





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

107-1  
81A

DATA: 30/03/20  
PACIENTE: Bosin Wilson DN: 22/10/01  
DIAGNÓSTICO(S): Fr. femur

DIH:    /   /     
KANBAM:     Dieta:      
EXAMES ADMISSONIAIS (DATA    /   /   ): Hb:     Ht:     Ur:     Cr:      
Leuc:     Seg:     Plaquetas:      
Na:     K:     Ca:     Cl:      
HCO<sup>3</sup>:     PH:     BE:     PO<sup>2</sup>:     PCO<sup>2</sup>:      
EAS:      
CULTURAS (   /   /   ):    

IMAGEM    

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA    /   /   ): Hb:     Ht:     Ur:     Cr:      
Leuc:     Seg:     Plaquetas:     Na:     K:     Ca:      
Cl:     HCO<sup>3</sup>:     PH:     BE:     PO<sup>2</sup>:     PCO<sup>2</sup>:      
EAS      
IMAGEM    

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

TERAPIA INSTITUÍDA:      
     
   

EVOLUÇÃO CLÍNICA:  
Procedimentos agendados para amanhã (31/03) RMS + fisio  
Exames em curso

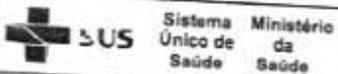
Boa Vista, 30 de 03 de 2020 de 20 22 Hora:      
Dr. Leonardo Rabelo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1715 RQE 814  
Assinatura/carimbo do Médico Assistente CRM 1715 / RR  
Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Magda N. M.  
Assinatura/carimbo do Médico CRM      
Dr. Magda N. M.  
Língua Médica  
CRM-RR 544/RR

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJS9F M2FHX LM3CP SB6MR



... Laudo Para Solicitação De A. I. H. ...



# 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)  
898005870708593

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 - COD. IBGE MUNICÍPIO - UF  
140010 RR

18 - 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

37 -  ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 -  ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

CNS  CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



HCC

Alta: 07/05/2020

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
---	---

**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. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
11 - NOME DA MÃE ALICE WILSON		10 - RAÇA/COR Parda	
12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		13 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		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 CLINICO + 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  
 ORTOPEDIA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO  
 CNS  CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
 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)  
 Jayne Bezerra Magalhães  
 Médica  
 CRM 1507

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

36 -  ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 -  ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 -  ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
 EMPREGADO  EMPREGADOR  AUTÔNOMO  DESEMPREGADO  APOSENTADO  NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO  
 CNS  CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJS9F M2FHX LM3CP SB6MR





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

BRAUN WILSON

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/10/2002

9 - SEXO

Masc  1

Fem.  3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

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 com Fx Fêmur (D)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

Exame clínico + imagem

23 - DIAGNÓSTICO INCIDUAL

Fx Fêmur (D)

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTENSIVOS

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 Adriano

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
Maurício Martins  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 15.40338

#### 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 TIPO

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

0308010019 → 1023

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)



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

<b>SETOR:</b>	ENF:06	<b>LEITO:</b> 52	<b>DN:</b> 27/10/01	<b>DIH:</b> 10/04/2020
<b>NOME DO PACIENTE:</b> BRAIN WILSON				
<b>HD:</b> 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: Trocado MP, MSE 1 fev 20. TE: Antônia*

*Prescrição m Prescrição, msc: RLP*

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

CONDUTA: SUPORTE CLÍNICO

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
PA	118/74		110/80
FC	82		78
Tax	36,50		36,80
FR	19		20
Evacuação	-		-
Diurese	+		+
Dextro			
Insulina Regular			
SNG			
Dreno			

Leito 53

**HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO**

<b>SETOR:</b>	<b>ENF:</b>	<b>LEITO: 53</b>	<b>DN: 30/10/70</b>	<b>DIHC:</b>
<b>NOME: DARIO HENRIQUE MONTERO</b>				
<b>HD: FRATURA DE COLO DE FEMUR ESQ</b>				
<b>DATA/HORA</b>	<b>PRESCRIÇÃO</b>			<b>HORÁRIO</b>
11/04/2020	1. DIETA ORAL LIVRE.			SN
22:45	2. AVP			MANTER
	3. SFO,9% 500ML EV ACM			ACM
	4. Omeprazol 40mg EV ou VO 1x dia			06?
	5. DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS			12, 18, 24, 06
	6. TRAMAL 100MG + SFO,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. Carolina  
 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

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

**REGISTRO DE ENFERMAGEM**

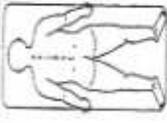
**SINAIS VITAIS**

Horário	06h	11h	17h	23h
PA	140/80			140/100
FC				
Tax	35,4			37,6
FR	20			20
Evacuação				
Diurese				
Dextro	155.			110 mg/dL
Insulina Regular				
SNG				
Dreno				

22.04.2020 - adm. med. e pm. afeto do SSVV. segue ao leito de enfermagem.  
 Maria Antônia Costa  
 Aux. de Enfermagem  
 C.R.F. Nº 2.419.294

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas -- <b>HGR</b>	Protocolo nº 1	Versão: 08
		Elaborada: 02/2013 · Atualizada: 2/2020	
Paciente: <u>Bouyau Wilson</u>		Data: <u>14/04/2020</u>	
Leito: <u>52</u>			

Localização				Região: _____ Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : Tração <input checked="" type="checkbox"/> 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 Karinne Macedo Sousa Aux. em Enfermagem COREN-RR 483.546 - AE	Emília de M. Silva FENAC-RR 47402-1E	Juliana Gomes de Lima Auxiliar de Enfermagem C-229-RR 389.803	Coturno Gotado Curativo Sécico Antisséptico e Feridas Cateterização Trabalho em Equipe FENAC-RR 483.546 - AE
Observações:	Coturno			

...maria 06  
 leito 52  
 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	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				8 16 24
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
21	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SO)				
22	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
23	6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DU/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100+60	77		36	
12 H	100x60	89		36,2c	
18 H	100x70			36,2c	
24 H	100+60	80		36c	

*Braino Vieira*  
 CRM 1231 RR  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia

Diurese +  
 evacuação

8h: post lúcido, orientado  
 ipalizador, respirando em  
 ambiente; AVP em MSE sem  
 ruído de rinais flogísticas.  
 É bem a dieta, nega queixa  
 nos membros de Ent. TA Retin



252

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
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			(6)
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn			SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN			SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H			ROTINA
10				12 24
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H			(8) (16) (24)
12	CURATIVO DIÁRIO			ROTINA
13				
14				
15				
16				
17				
19				
20				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2UI; 251-300; 4UI; 301-350; 6UI; 351-400; 8UI; ≥ 400; 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

*farmácia não disponibiliza*

EVOLUÇÃO MÉDICA:  
 CIRURGIA MARCADA P DIA 14/04

SINAIS VITA PA	FC	FR	TEMP
6H 10x70	79	14	36,5
12H 11x70	80	19	36,5
18H 10x70	81	20	36,8
24H 11x70	78	20	36,0

Dr. Lael da Silva  
 Médico Especialista Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 2015

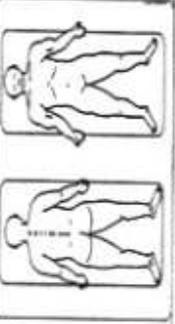
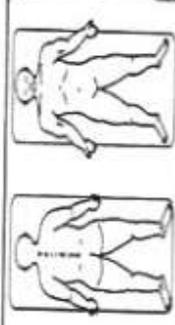
*35: As 18:00 o paciente no leito e não tem medicação de rotina exceto o item 11 sem intercorrência e segue as ordens de enfermagem.*

Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COREN-RR 000 461 072



**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo: <b>01</b>	Versão: <b>08</b>	Elaborada: <b>02/2013</b>	Atualizada: <b>12/2018</b>
Paciente: <b>BRAIN Nilson</b>		Data: <b>12/04/2020</b>			
Leito: <b>52</b>					

Localização		Região: <b>pele direta</b>		Região:
Etiologia	Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> 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 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:		( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco ( ) Outro:		( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco		( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <b>pele direta</b>		( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário ( <input checked="" type="checkbox"/> ) 48/48h		( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<b>Larissa Alves Mota</b> Téc. em Enfermagem COREN-RR 1.47.538 - T CONSERVANTE 994.022 - OREN-RR 507.795/TE	<b>Ediscléia Carvalho Gotado</b> Enfermeira do Núcleo de Tratamento de Feridas Tratamento de Feridas Terapia de Feridas CONSERVANTE 488.579-ENF	<b>Selma Paula F. da Silva</b> Téc. em Enfermagem CONSERVANTE 507.795/TE	
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
ÍTEM	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				ROTINA
11	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
12					
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					

Dr. Bráulio Vieira  
 CRM 1294 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: Jtu 10 mais fem no site  
 SSVV, arri q cada  
 18h reali 240 SSVV + CCGG  
 Pronta no teste lateral B-  
 positivo. acido  
 SSVV

Reina Marcelle de S. Campello  
 Téc. Enfermagem  
 RORAIMA 011 011-15

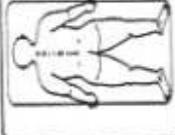
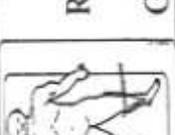
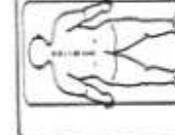


**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

Núcleo de Enfermagem em **Protocolo nº 1** Versão: 08 Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas - **Paciente: Brian Wilson**

**HGR** **Leito: 52** **Data: 13/04/20**

Localização	  Região: <u>M.I.D</u> Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	  Região: _____ Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> 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 _____	
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	
Troca	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<b>Márcia de Fátima N. Viana</b> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709	<b>Jucileia Cordeiro</b> Enfermeira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554	<b>Elisacineia Cordeiro</b> Enfermeira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554
Observações:			

52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO					DN
PACIENTE <b>BRAIN WILSON</b>					
DIAGNÓSTICO <b>FX FEMUR D</b>					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	52	DATA	14/4/2020	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
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					
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					

MTF 16  
 MTF 24

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITA PA	FC	FR	TEMP
6 H 110/60	75		36,4°C
12 H 98/63	78		35,2°C
18 H 110/70	75	-	36,4°C
24 H 130/80	75		36,4°C

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

12:00h. Jtu H não tem no Sitar  
 Sitar em andamento

*Racina Marcelle de S. Campêlo*  
 Téc. Enfermagem  
 COREN-RR 803.942 - TE

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

As 18h paciente no leito realizado  
 85% de paciente sem queixa de dor  
 presente

Adm. medicação CPM.  
 paciente w queixas, está  
 bem no período.



**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

	Protocolo nº I	Versão: 08	Elaborada: 02/2013 · Atualizada: 2/2020
Núcleo de Enfermagem em		Paciente: <i>João Alves</i>	
Tratamento de Feridas -		Data: <i>14/04/2020</i>	
HGR		Leito: <i>52</i>	

Localização			Região: _____ Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( )
Etiologia	Região: <i>MTD</i> Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( )	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco ( ) Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco ( ) Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Renata do N. Silva</i> Enfermeira	<i>Luciana</i> Enfermeira	<i>Luciana</i> Enfermeira
Observações:	<i>Ass. Letícia Mendes Sousa</i> Coordenadora de Enfermagem em Feridas e Estomas	<i>Elisclécia Carolina Gontijo</i> Enfermeira e Feridas e Estomas	<i>Tratado com Enxerto de Pele</i> Coordenadora

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				MP ⑧ ⑩ ⑫
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
21	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
22	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
23	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	130x90	78		36.4	
12 H	11x7	-	-	36.4	
18 H	123x10	88		36.5	
24 H	160x10	73		36.3	

*11: Paciente no leito, verificada S.V. não tem o antebraço e os dedos da mão.*

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

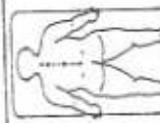


**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

Núcleo de Enfermagem em **Protocolo nº 1** Versão: 08 Elaborada: 02/2013 Atualizada: 2/2020

Tratamento de Feridas - **Paciente: Brian Nilson** Data: 15/04/2020

HGR **Leito: 52**

Localização			Região: <i>pele da Dianteira</i> Grau: I (X) II ( )		Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Pele Perifoneal	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidroge ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidroge ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidroge ( ) Outro:	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Troca	Adonildes Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RS 507 795/TE	Adonildes Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RS 507 795/TE	Bilsceila Carvalho Gotado Geriatria de Médico Tratamento de Feridas Especialista COREN-RS 460.579-ENF	Bilsceila Carvalho Gotado Geriatria de Médico Tratamento de Feridas Especialista COREN-RS 460.579-ENF	
Profissional que realizou procedimento:					

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	DÍPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN <del>24h</del>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				<del>8x6/24h</del>
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
21	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100/60	75		36,0°	
12 H	100/60	80		36,5°	
18 H					
24 H	100/60	80		36,5°	

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

faz 3hs  
 fac mantendo placa. Não foi administrado  
 medicacao das 8hs porque não tem  
 na farmacia Tei

Dr. Luiz do Santos da Silva  
 Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia  
 COREN/RR 1 431-TE



**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR

Versão: 08      Protocolo nº 1      Elaborada: 02/2013      Atualizada: 2/2020

Paciente: BRANCO WILSON      Data: 16/04/20

Leito: 52

Localização		Região: <u>MID</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input checked="" type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 Bruno S. Pereira Téc. em Enfermagem COREN-RR 618.358	 Elisleia Carvalhosa Gerente do Núcleo Tratamento de Feridas Enfermeira COREN-RR 463.579-ENF		
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				
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				NTF (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	130/70	75		36,5	
12 H	120/70	68		36,2	
18 H	130/90	96		36,4	
24 H	120/80	84	20	36,8	

A farmácia não disponibiliza

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

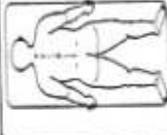
Junta AV P.  
 em 17/04/20

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



**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

Paciente: Boian Wilson Data: 17/04/2020  
 Leito: 52

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

52

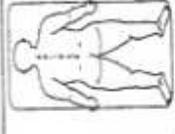
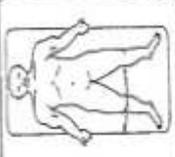
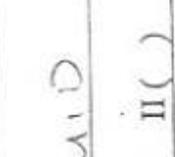
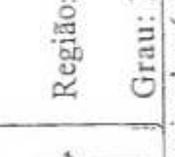
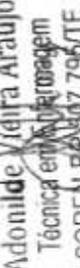
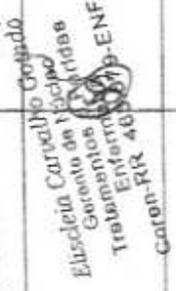
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS	NÃO	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	18/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
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				16
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				8 16 24
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
21	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS VITA 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. Lael do Santos da Silva  
 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 -		Paciente: <u>Brain Wilson</u>			
HGR		Data: <u>18/04/2020</u>			
		Leito: <u>6.52</u>			

Localização										
Etiologia	Região: <u>M.I.D</u> Grau: I ( ) II ( ) ( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:									
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros									
Pele Perilesional	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:									
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco ( ) Outro:									
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco									
Solução de Limpeza	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%									
Cobertura primária	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:									
Troca	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h									
Profissional que realizou procedimento:	 Larissa Alves Mota Técnica em Enfermagem COREN-PR 307.795/TE	 Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PR 307.795/TE	 Elisete Carvalho Cordeiro Garanta de Qualidade Trabalhos de Enfermagem COREN-PR 405.545/PE-ENF							
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	19/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				8.16(24)
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. QJ DOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	150/80	63	21	36,2	João de Almeida Paixão Filho
12 H	170x80			36,8	Técnico de Enfermagem
18 H	180x70	91		36,8	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				M3F 16
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				8 (16) 24 179
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
21					
22					
23					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CIRURGIA 24/4 MANHÃ

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100x60	74		36°C
12 H	143x40	70		35,6°C
18 H	120/80	72		36,1°C
24 H	110x70	68		36°C

*Dr. Cel. S. S. S.*  
*Dr. João T. T.*  
*Raima Marcelle de S. Campello*  
 Téc. Enfermagem  
 COREN-RR 903.942 - TE

*Obv - Paciente em repouso absoluto, segue os cuidados de enfermagem.*  
*Dr. Dimas Peixoto Silva*  
 COREN-RR 798.581 - TE

*18h. Apêndido SSVV, administração medicamentosa e-p.m, segue aos cuidados.*  
*Jacqueline Faria de Aguiar*  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-RR 54997-TE



**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR

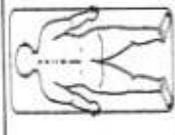
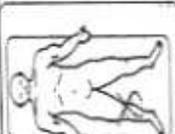
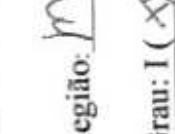
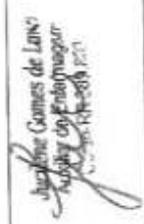
Versão: 08

Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018

Paciente: *Brayan Wilson*

Leito: *52*

Data: *20/04/2020*

Localização			Região: <i>M-1-D</i>		Região: _____
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Trauma : <i>D</i> Tração Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) 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 ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____			( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____	
Pele Perilesional	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____			( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco ( ) Outro: _____			( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco			( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	
Solução de Limpeza	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%			( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	
Cobertura primária	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____			( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	
Troca	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h			( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	
Profissional que realizou procedimentos:	 Juliana Gomes de Lima Enfermeira do Endoterapia R. ...	 Marlene Aparecida de Souza Enfermeira do Endoterapia R. ...	 Elisabela Carvalho Gotardo Garanta de Nucleo Tratamento de Feridas R. ...		
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				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				SN
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				SN
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				8:26 (24)
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
CIRURGIA 24/4 MANHÃ					
João de Almeida Técnico de Enfermagem COREN/RR 001... Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015 Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124 Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2098 Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	130x90	72		36	
12 H	130x90	73		36,6	
18 H	130x90	81		36,6	
24 H	135x95	80		36,8	

18h Afereido SSVV. ADM. as medicações CAM.  
 Paciente sem queixas, sem as cuidados  
 da enfermagem!  
 Francinete Pereira de Silva  
 COREN-RR 510238 - TE



**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08
Elaborada: 02/2013 · Atualizada: 2/2020		Data: 21/04/2020	
Paciente: <u>Brain Wilson</u>		Data: <u>21/04/2020</u>	
Leito: <u>6.52</u>			

Localização		Região: <u>MID</u>		Região: _____
Etiologia		Grau: I ( ) II ( <u>5</u> ) <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		Grau: I ( ) II ( ) <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____
Aparência do Leito		<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____
Pele Perilesional		<input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato		<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato		<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco		<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>esparadrapo</u>		<input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca		<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <u>3x/dia</u> ( ) 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:		Larissa Alves Moura Técnica em Enfermagem COREN-PR 507.795/TE		Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PR 507.795/TE
Observações:		Escola Curvulho Gotardo Faculdade do Núcleo Geriatria e Feridas Tratamento de Feridas Escola de Enfermagem UFPA - 578-ENF		Escola Curvulho Gotardo Faculdade do Núcleo Geriatria e Feridas Tratamento de Feridas Escola de Enfermagem UFPA - 578-ENF

52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS	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 <sup>h</sup>
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				NTF 8 (16/24) 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

SINAIS VITA/PA	FC	FR	TEMP	
6 H 110/73	69		35,4°	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2025
12 H 120/62	68		36,6	Loami Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H 129/84	76		36,9°	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H 120/77	75		36,7°	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

Plantas molulias <sup>capitadas</sup> secas.  
 Det. armado / C.E. realizada  
 SSVV e medicação de higiene.

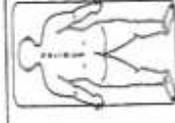
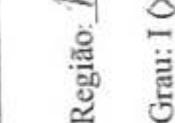
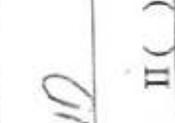
3 Bas 19hs  
 Administrado medicação em  
 Verificado SSVV.  
 Item (S) Não tem na far  
 cia. Tei

Maria do Rosário A. Vale  
 Tcd em Enfermagem  
 CORENRR 156.431-TE



**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – <b>HGR</b>	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013 · Atualizada: 12/2018
Paciente: <i>BEATRIZ WILSON</i>		Data: <i>22/10/20</i>		
Leito: <i>52</i>				

Localização	 	Região: <i>MID</i> Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	 	Região: _____ Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfáclo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfáclo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____
Aparência do Leito	( ) Normal ( ) Macerado <input checked="" type="checkbox"/> Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro: _____
Tipo de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Quantidade de Exsudato	( ) 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 <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Jauno S. Perreira</i> Téc. de Enfermagem COREN-PR 519.41	<i>Mônica Reis Farias</i> Téc. de Enfermagem COREN-PR 008529.004		
Observações:	Elisabela Carvalho Gontijo Garantia de Qualidade Tratamento de Feridas Rua. Aca. 519-E-NE Curitiba - PR			

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
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ZERO A PARTIR DAS 22H				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				16
12	CURATIVO DIÁRIO				8 16 24
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:**

CONTRO 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 VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x77	72	18	36,6°C
12 H	120x80	74		36,3°C
18 H	110x70	70		36,0°C
24 H	130x70	75	18	36,4°C

*Planta de lesão  
 Medicação ad-  
 ministrada  
 controle físico  
 + SSVV  
 fec. bol. ora  
 Lact. em processo*

*12h - pct. no leito, sem queixas algicas, medicado com itam (11), oprim  
 SSVV, retirado AVP vencido, Tentado nova punção sem sucesso*

*As 17:00h - admitido proveniente do hospital  
 ortopédico, os cuidados da ortopedia, paciente  
 monitorado + solicitações de reserva sanguínea  
 continuado solicitações de teste rápido pl HIV conforme  
 informado por meios escritos do encaminhamento. Paciente*

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR

Protocolo nº 1

Paciente: Braian Wilson

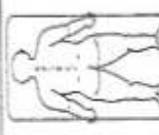
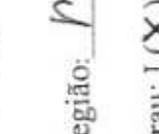
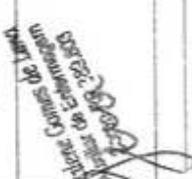
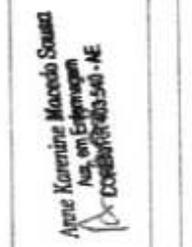
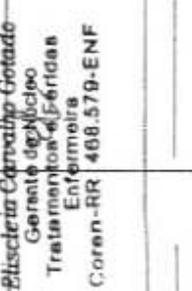
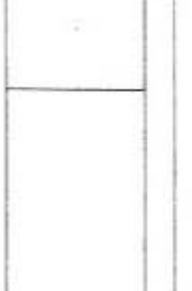
Leito: 52

Data: 23/04/2020

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Localização			Região: <u>MFD</u>		Região: _____ Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )
Etiologia	( <input checked="" type="checkbox"/> ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Região: _____ Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Tração Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Região: _____ Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )
Aparência do Leito	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	Região: _____ Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	Região: _____ Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )
Pele Perilesional	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	Região: _____ Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	Região: _____ Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco ( ) Outro:	Região: _____ Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	Região: _____ Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco	Região: _____ Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	Região: _____ Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )
Solução de Limpeza	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	Região: _____ Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	Região: _____ Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )
Cobertura primária	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	Região: _____ Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	Região: _____ Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )
Troca	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h	Região: _____ Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	Região: _____ Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )
Profissional que realizou procedimento:	 George de Jesus Enfermeiro em Enfermagem CBO 3250100	 Ana Karoline Macedo Sousa Mg, em Enfermagem CBO 3250100	 Eliseteiriz Carvalho Gotardo Gerente de Unidade Tratamento de Feridas Enfermeira Coren-RR 468.579-ENF	 Eliseteiriz Carvalho Gotardo Gerente de Unidade Tratamento de Feridas Enfermeira Coren-RR 468.579-ENF	 Eliseteiriz Carvalho Gotardo Gerente de Unidade Tratamento de Feridas Enfermeira Coren-RR 468.579-ENF
Observações:					

Anexo I

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>			
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>							
1 - NOME DO ESTABELECIAMENTO SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIAMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
<b>Identificação do Paciente</b>							
5 - NOME DO PACIENTE <i>Bruno Wilson</i>				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		DDD	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				14 - CÔD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				16 - CEP			
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				<i>FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FÊMUR DIREITO.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				<i>fratura com fratura</i> <i>Amoventes e exames físicos.</i> <i>Dr. Pedro Pi Giovan</i> <i>Ortopedista Traumatologista</i> <i>CRM-RR 615 / RQE 6</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL							
21 - CID 10 PRINCIPAL				22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA				27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>							
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBO	
35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
<input type="checkbox"/> EMPREGADO		<input type="checkbox"/> EMPREGADOR		<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO		<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	
<input type="checkbox"/> APOSENTADO		<input type="checkbox"/> NÃO SEGURO					
<b>AUTORIZAÇÃO</b>							
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - CÔD. ÓRGÃO EMISSOR		43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO				46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
						<i>040805061-6 -&gt; 5722</i> 	

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJDDS RLNS4 TQC35 RLBWY





GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

[Empty box]

Brain Wilho

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 24/10/2020 O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura subtrocanter  
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Ortoplastia de fêmur  
TIPO DE INTERVENÇÃO: Quirúrgica  
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: 0  
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0

Dr. Pedro De Giovanni  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-RN: 16517 P.O.E. 664

CIRURGIÃO: Dr. Pedro De Giovanni 1º AUXILIAR: Dr. T. L. L.  
2º AUXILIAR: Dr. M. M. INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_  
3º AUXILIAR: Dr. V. L. A. ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDH + Anestesia Geral + mesa de Tacco
  - 2) Anestesia + Antalgia + lavagem exterior.
  - 3) Incisão lateral + desbridamento por plano do músculo de Sartorius.
  - 4) Durante preparação do fio "K" sob uso de intensificadora o perfurador pneumático quebrou, pediram outro perfurador, tendo exigido o perfurador com fio eletrônico, o mesmo não foi possível a prova do uso do DCS, tentamos com o perfurador Straub, o mesmo com problema com o giro lento, também não foi possível a prova.
  - 5) Entre em contato com o coordenador, e de novo entre em contato com a direção e conseguiram o perfurador do Hospital infantil.
  - 6) O paciente ficou aguardando a chegada do perfurador, houve hipotensão durante o procedimento.
- DUIRE



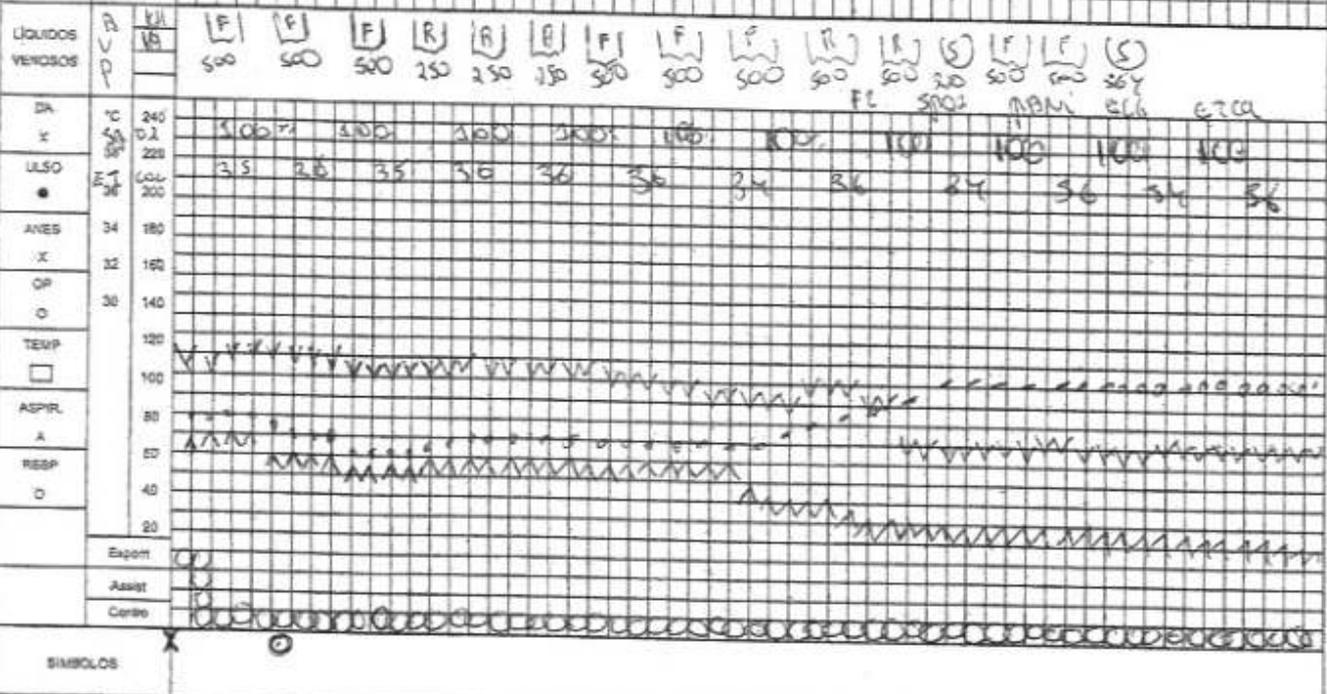
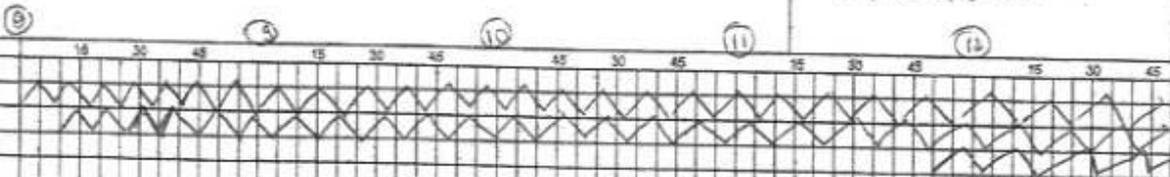
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 "Anastácio Patrulheiro dos Brilhantes"

FICHA DE ANESTESIA

Basim Wilson, 18 A

Nº 24104/2020

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanyl	300 µg	Anestesia Geral Indução	X - Check list: monitorização, oxigenação, drogas, pontos, vias 1 - O2 sob máscara 2 - máscara amarela A1A + C 3 - JOT sob visualização direta 4 - Ajustar e confirmação do tubo 5 - Colar saturação 6 - Intubação a 20cm 7 - Gliconato colar done R 8 - Fentanyl 1g @
B Propofol	150 mg	seg JOT reconduzido em	
C Rocuronio	50 mg	Via com observação de G2	
D Lidocaína	1 g	+ Moderação do nível	
E Normetazolo	10 mg	Fentanyl	
F Midazolam	10 mg		
G Midazolam	1 mg		
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cérvix - Naso / Oro Faríngea	
NOÇO		Naso / Orolaringeal - Cava	
SANGUE	700ml	Bal - Temp - Calibre do Tubo	
SP O2	0,50	Sub Maxilar	
TOTAL	800 ml	Obstrução Tardia	
OPERAÇÃO	Osteossíntese de fêmur	TEMPO DE ANESTESIA	
	PR FEMUR @	06:30 TH	
		Zanaco - Espirito - Escudo Espal	Hemorragia - Anemia
		Depressão Respiratória - Hipoxia	Brad-Taquicardia - Choque
		"Bucking" - Vômito	

ANESTESIA: Yasmin / SCS AS CÓDIGO: 1149601 / P-010 PERDA SANGÜÍNEA: 1500 ml

Yasmin Singelux  
 Anestesiologia  
 CRM-RR-1699

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJDDS RLNS4 TQC35 RLBYWY





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 "Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

*Amin Wilson, 180*

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N° <i>24104/João</i>	
A VERT M E R C O	N 20	<i>(13) (14)</i>	
	30		
	45		
	60		
LÍQUIDOS VENOSOS		<i>F F F P</i> <i>500 500 500 500</i>	
DA	240	<i>100 100 100</i>	
Y	225		
ULSD	210	<i>30 30 30 30</i>	
ANES	180		
X	165		
OP	150		
O	140		
TEMP	120		
ASPIR.	100		
A	80		
RESP	60		
O	40		
	20		
	Expon		
	Assat		
	Contro		
SIMBOLOS			
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A			<i>(Large diagonal line)</i>
B			
C			
D			
E			
F			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Nasal / Oro Faringea	
NOCD		Naso / Ombroquim - Cava	
SANGUE		Bal - Tampo - Calibre do Tubo	
		Selo Máscara	
		Dificuldade Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL			
OPERAÇÃO			Larango - Espasmo - Excesso Sere Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
			Hemorragia - Anemia Braditardia - Choque
ANESTESIA	CÓDIGO	QUIRURGIÃO	PERDA SANGUÍNEA

*ic smm Sindaix*  
 Anestesiologia  
 CRM-RR 1699

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJDDS RLNS4 TQC35 RLBWY





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

NOME DO PACIENTE		10-18A	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
DRAIN WILSON		504.-	1-219	24 / 12 / 20	
<b>CIRURGIA</b>					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
OST. FANT. SUBTRAQUEANICA (S)			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
			8:45		
<b>EQUIPE MÉDICA</b>					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA			
DR. PEDRO		DR. YTO MUR			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
DR. WILSON / R3. MARCOS		23. JOSE			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
R3. PEDRO + R1. BRUNO		CIRCULANTE			
		QUARDE + BAHIA			
TIPO DE ANESTESIA: Drogas FENOL +			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT. MATERIAIS GERAL VALOR			QUANT. MEDICAMENTOS VALOR		
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS TAM M			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 20		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº Jikon Nº 18	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº Propis		1	FIO PROLENE Nº requipos de Abaque	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDAN Nº requipo melero	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML gortios		15	SURGICEL ELETRODOS	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML medecados		1	CERA P/ OSSO CATETER 02	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML		20-2	KIT CATARATA Nº ALCOOL 70%	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		20-2	GEOFOAM DEGERMANTE	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA S/UMA POLETA Nº 11	
<input type="checkbox"/>	TOT C/ CUFF Nº 8		1	OUTROS: Balsa col. Uruca	
<input type="checkbox"/>	SOMA ASP. 0:16		<input checked="" type="checkbox"/>	ESQUA DES.	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SOELWA		SUB-TOTAL	
FUNCIONARIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA	
		M: Orlando e Bahid		TAXA DE ANESTESIA	
		T: Searno e Robson		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJDDS RLNS4 TQC35 RLBWY





SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
 CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Blaizir 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	Localização	Cirurgia	Anestesia	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRE-TE	DOR 0/10
7:25	7:45				Localização			0'						
Cirurgia Realizada: <u>OST. FEMUR. SUBTALEGAT. FEMURAL + GEMEL</u> Anestesia: <u>D.D</u> Hemoderivados: <u>CH: L</u> Plasma: <u></u> Plaquetas: <u></u> Anátomo Patológico: <u>(-)</u> Não <u>( )</u> Sim N° Peças: <u>( )</u> Cultura <u>( )</u> Outros: <u></u>				Posicionamento: <u>D.D</u> Antibiótico: <u>SF 0,9% 350mg</u> Nome: <u>CFTUNYNA</u> Dose: <u>20</u> Hora: <u>8:00</u> N° de Compressas oferecidas: <u></u> N° de Compressas recolhidas: <u></u> Exames na SO: <u>( )</u> Ht <u>( )</u> Hb <u>( )</u> Hemograma <u>( )</u> RX <u>( )</u> Gasometria <u>( )</u> Outros: <u></u>				Observações: <u></u> BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO) Entrada: <u></u> Saída: <u></u>						
Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT ( ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim N° <u>B</u> 12. SVD ( ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim N° <u>B</u> 13. Outros: <u></u>				Anotações (Admissão do Paciente): <u>pt 06:50h - Adm. p/ pt na sala em pré-operatório de trat. cirúrgico da fratura de fêmur. Ligou aleloja medicamentos e pomosidades. Alguns sintomas qui-pain. AVP pouco em MSE. Confirmado a ausência de Od bolso. Ana Renata Entf. de CH na Agência</u>				ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente) Sinais Vitais: Saída da SO T: <u>35,5</u> °C R: <u>95</u> % PA: <u>75 x 50</u> mmHg SAT: <u>95</u> % FC: <u>45</u> bpm Regular ( ) Irregular ( ) Destino: ( ) SRPA ( <input checked="" type="checkbox"/> ) UTI ( ) outros: <u>UTI 02</u>						





ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Antes da indução

Nome Bruin Wilson  
Responsável Cirurgião D. 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

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 21/01/20 Assinatura [Signature] Hora: \_\_\_\_\_

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista D. 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: [Signature] Hora: \_\_\_\_\_

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.  
 Sim  
( ) Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

**SAÍDA (Sala Pós Operatória)**

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
 Sim ( ) Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAL 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 EQUIPAMENTOS 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  
[Signature]  
CORT. Nº 27.150

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

DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ DIH \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_\_

PACIENTE *Brian*  
 AGNÓSTICO *Fr. Lubrificantes* (A)  
 ALERGIAS \_\_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_ HAS \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_ DM2 \_\_\_\_\_  
 LEITO \_\_\_\_\_ DATA *24/04/2020* NEGA \_\_\_\_\_

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
13	SSV + CCGG 6/6 H	
14	CURATIVO DIÁRIO	
15	<i>COPOLIMEROS de (EV) 12/12H</i>	
16	<i>OXACILINA (EV) 4/4H</i>	
17		
18		
19		
20		
21		

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

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

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

*Dr. 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	BOMAN			
AGNÓSTICO	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 8/6H (sup)			
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H (sup)			
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) 4/4H			
16	OXACURMA 5 (EU) 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 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  
 MÉDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA





### PEDIDO DE PARECER



Unidade: HGR  
Nome: Báim Wilson  
Idade: 10a 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 volêmica após sangramento estimado 1500 ml. Indicado, sob monitorização em RIG 20ml/h compressão pneumodinâmica selado up em uti. Gato

24-04-2021

Data

José Buttendender  
Médico Residente em Anestesiologia  
CRM-RR 1097

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 local/regional: (Adenocarcinoma de Córdia) ( ) Câncer Metastático Onde?

Resultados 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 hipovolêmica franco, Taquicardia (FC > 150 bpm), palidez cutânea, Taquifisgmia, pele fria, com uso de DVA - NORA em doses moderadas;

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

Pupilas Médias porém fotorreagentes;

Neurológico: Glasgow 3/ RASS -4

ECG: Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas s/s

ECG: 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



# UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA II

**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	SUD	DN: -20/03/1981-
2 SF 0,9 % 500 ml IV 04/04 hrs	18-20-08-08-10-14	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)	18-08	<b>TABELA DE CORREÇÃO GLICÊMICA</b>
5 Fentani 50 ml IV BIC	contínuo	151 - 180      02U
6 Midazolam 50 ml IV BIC	contínuo	181 - 210      04U
7 Noradrenalina 0,5 amp + SG 5% 300ml IV BIC	contínuo	211 - 240      06U
8 Omeprazol 40 mg IV 1x/dia	contínuo	241 - 270      08 U
9 Metoclopramida 10 mg IV 08/08 hrs	08-20	271 - 300      10U
10 Dipirona 02 ml IV 04/04 hrs SN	5h-20	301 - 330      12U
11 Bicarbonato de Na 8,4% 200 ml IV ACM	ACM 08	> 330      AVISAR PLANTONISTA
12 Transamin 1 g + SF 0,9% 250 ml IV 08/08 hrs	18-20-08	<70      Fazer GH 50% 40ml EV
13 Gluconato de cálcio 10% 20 ml + SF 0,9% 100 ml ACM	ACM	<b>Evolução da especialidade médica responsável</b>
14 PFC 04 UD IV ataque	ACM	<b>1. Avaliação Geral:</b>
15 PFC 02 UD IV 08/08 hrs	18-20-08	
16 CH 02 UD IV	18-20-08	
17 Cebeceira elevada a 30º	18-20-08	
18 Glicemia capilar 04/04 hrs	18-20-08	
19 Hpiromelose 0,5% 1 gl em cada olho de 04/04 hrs	18-20-08	
20 Anotar diâmetro pupilar 04/04 hrs	18-20-08	
21 Manter PAM > 75 mmHg	18-20-08	
22 Manter Paciente aquecido	18-20-08	
23 METOPROLOL 50mg EV 1x/dia	18-20-08	
24 ATROPINA 0,5 mg EV 1x/dia	18-20-08	
25 ETEDINA 0,1 mg + 10ml ADIFAZOL 2mg EV 1x/dia	18-20-08	
26 SALUS DE CÁLCIO 10% 20ml EV	18-20-08	
27 GH 50% 100ml + TR. 10% EV 20ml	18-20-08	
28		
29		
30		
31		
32		

**3. Planejamento Terapêutico:**

SIE MATIZADA DA ASSISTENCIA DE ENFER. IEM. UTI  
 NOME: Pracian Wilson IDADE: 18 DATA: 20/04/20 LEITO: 18 DE: 18

PERÍODO: ( ) MATUTINO (X) VESPERTINO ( ) NOTURNO  
 Acesso Venoso Central: ( ) Sim (X) Não Local: C.C.  
 Acesso Venoso Periférico: (X) Sim ( ) Não Local: jug e MSZ  
 Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim (X) Não  
 Sengramento: ( ) Sim (X) Não Local: Local  
 Hemotransfusão: ( ) Sim (X) Não ( ) CF ( ) PF ( ) PLAQUETAS QUANTIDADE

**SISTEMA GASTROINTESTINAL**  
 Aceleração da digestão: ( ) Sim (X) Não ( ) Parcial ( ) Total  
 ( ) VO ( ) NPT ( ) GTT ( ) SNG - Data: 20/04/20 ( ) SNE - Data: 20/04/20  
 Ruidos hidroáereos: ( ) Presentes ( ) Ausentes 57 Sauda  
 Abdomem: ( ) Normal ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Flácido ( ) Tenso  
 Eliminação: ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena

**SISTEMA GENITO-URINÁRIO**  
 Diurese: ( ) Espontânea (X) SVO ( ) Uropen ( ) Costostomia  
 ( ) Colúria ( ) Poliúria ( ) Oligúria ( ) Anúria ( ) Hematúria  
 ( ) Odor ( ) Edema ( ) Lesões - Local  
 Coloração: ( ) Limpida (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. Olas C.C.  
 Secreção: C.C.

**ÚLCERA POR PRESSÃO**  
 Região: Sacral Estágio: Estágio 4  
 Região: Sacral Estágio: Estágio 4  
**INTEGRIDADE CUTÂNEA**  
 ( ) Febril ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Ictérica ( ) Clamótica  
 ( ) Hipocrorada ( ) Pele fria e sudoreica ( ) Anasarca ( ) Rubor ( ) Palidez  
 ( ) Petéquias - Local ( ) Edema - Local

ENFERMEIRO(a): Caliane Ferreira  
 COORDENADOR(a): Caliane Ferreira

**ESCALA DE RAMSAY**

1	Acordado, ansioso 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

AVALIAÇÃO PUPILAR  
 ( ) Reagente ( ) Não reagente  
 ( ) Normal (X) Média fina  
 ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas  
 ( ) Miose ( ) Midríase  
 ( ) D>E ( ) E>D

**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	

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**

4	Alimentação adequada e regular	4	Atividade física
3	Alimentação limitada	3	Atividade limitada
2	Alimentação inadequada	2	Atividade muito limitada
1	Não se alimenta	1	Atividade quase nenhuma

SCORE FINAL: 12

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**  
 ( ) Espontânea ( ) Eupneia ( ) Taquipneia ( ) Bradipneia  
 ( ) Dispneia ( ) Cheyne-stokes ( ) Kussmaul  
 (X) VM TOT ( ) VM TOT TOT/TQT - Data: 20/04/20 Modo: CMV  
 Posicionamento do TOT/TQT a 90° em dos incisos Pressão do Cuff 20 mmHg  
 Data da Troca: 20/04/20 Resistência a aspiração: ( ) Sim ( ) Não  
 Ausc. Pulmonar: ( ) Crepitações ( ) Sibilos (X) Murmúrios Vesiculares

**SISTEMA CARDIOVASCULAR**  
 ( ) Rítmico (X) Arritmico ( ) Cheilo ( ) Filiforme  
 Ausculta cardíaca: (X) 2 tempos ( ) 3 tempos Local: feveral



**EVOLUÇÃO MÉDICA NOTURNA UTI II**



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: Osteossintese de Fêmur D/ Choque Hipovolêmico				

Variação de sinais nas últimas seis horas			
Tx	33.9 - 36.4	SpO	99 - 100
FC	125 - 157	PVC	
PAM	72 - 115	PIA	
FR	13 - 20	Glicemia	273

Prescrição médica sendo seguida? ( ) sim ( ) não

• Medicação em falta:

• Medicamentos ã checados:

**INTERCORRÊNCIAS**

**CARDIOVASCULAR:**

DVA1: <u>NORA</u> 34 ml/h ou _____ µg/kg/h <input checked="" type="checkbox"/> em diminuição <input type="checkbox"/> em ascensão <input type="checkbox"/> mantida <input type="checkbox"/> retirada	DVA2: _____ ml/h ou _____ µg/kg/h <input type="checkbox"/> em diminuição <input type="checkbox"/> em ascensão <input type="checkbox"/> mantida <input type="checkbox"/> retirada	Arritmias? <input checked="" type="checkbox"/> Taquiarritmia <input type="checkbox"/> Bradiarritmia PCR? _____	ΔPP: _____ Cava: _____ EC: _____ Pulsos: _____
---	--	---	---

**RESPIRATÓRIO:**

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

**GASTROINTESTINAL:**

Dieta instalada? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não. Motivo? _____	<input type="checkbox"/> Retorno/Vômitos? <input type="checkbox"/> Diarreia? <input type="checkbox"/> Sangramentos? <input type="checkbox"/> Distensão? <input type="checkbox"/> Ausência de RHA?	RENAL: <u>150 ml</u> Diurese últimas 6h: _____ ml/kg/h <input type="checkbox"/> IRA KDIGO _____ <input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/> TRS	Estimulação? <input type="checkbox"/> Hidratação? <input type="checkbox"/> Diurético? Outro: _____
--	---	---	---

**NEUROLÓGICO:**

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

**Outras intercorrências:**

NÃO HOUE

**Impressão clínica:**

GRAVÍSSIMO, INSTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SUSPENSO COM DVA EM DOSE ALTA, TAQUICÁRDICO, HIPO-

**Conduta médica:** CORADO, OLIGÚRICO.

SUORTE INTENSIVO  
VIGILÂNCIA RENAL

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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJDDS RLNS4 TQC35 RLBWY





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
 EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA



Nome: Brain Wilson  
 DN: 1/1/ Sexo: M() 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:					



GOVERNO DE RORAIMA  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 ADMINISTRAÇÃO GERAL DE PROGRAMAS  
 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

BALANÇO HÍDRICO

NOME: (W.d) Praizian Wilson IDADE: 18 DATA: 24/04/20 BOX: 18

HORA	T	P	R	P.A	PAM	PVC/ PIC	LÍQUIDOS ADMINISTRADOS		LÍQUIDOS ELIMINADOS			PARÂMETROS VENTILATÓRIOS									
							INFUSÃO VENOSA	dieta	Água/med	DIURSE	DIURNO 1	DIURNO 2	DIURNO 3	EVACUAÇÃO	SIG/E	MOD.	FD.	FR	VOL	P.LIM	PEEP
07h00min - 12h00min Líquidos Administrados: ( ) XCH ( ) Plasma ( ) Plaquetas Líquidos Eliminados: ( ) JHD UF: _____ Enfermeiro: _____																					
13:00																					
14:00																					
15:00																					
16:00																					
17:00																					
18:00																					
13h00min - 18h00min Líquidos Administrados: <u>1238</u> ( ) XCH ( ) Plasma ( ) Plaquetas Líquidos Eliminados: <u>700</u> ( ) JHD UF: _____ Enfermeiro: <u>538</u>																					
19:00																					
20:00																					
21:00																					
22:00																					
23:00																					
00:00																					
01:00																					
02:00																					
03:00																					
04:00																					
05:00																					
19h00min - 06h00min Líquidos Administrados: <u>2932</u> ( ) XCH ( ) Plasma ( ) Plaquetas Líquidos Eliminados: <u>700</u> ( ) JHD UF: _____ Enfermeiro: _____																					

Balanco Parcial: 2700 Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
 Balanco final: +2700 , Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
 Balanco Parcial: 2700 Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
 Balanco final: +2700 , Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Líquidos Eliminados: 3400  
 Líquidos Administrados: +4110

Balanco Parcial: 2700 Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
 Balanco final: +2700 , Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Balanco Parcial: 2700 Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
 Balanco final: +2700 , Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Balanco Parcial: 2700 Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
 Balanco final: +2700 , Enfermeiro: \_\_\_\_\_

FICHA DE REGISTRO DE HEMOCOMPONENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: BRAUN WILSON

DATA DE NASCIMENTO: 27/10/2001

**TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE**

DATA: 27/10/2020  
Nº BOLSA: 0414200323010 VOLUME: 285 ml  
BOLSA: ABO: 0 FATOR Rh: +  
PACIENTE: ABO: 0 FATOR Rh: +  
SINAIS VITAIS:  
INICIO: 11:10 h. T: - PA: 90x43 P: 104 FR -  
MEIO (15MIN): 11:25 h. T: - PA: 82x54 P: 118 FR -  
FIM: 11:50 h. T: - PA: 80x51 P: 136 FR -  
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: \_\_\_\_\_ COREN \_\_\_\_\_  
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: José Buttendender CRM: \_\_\_\_\_  
Médico Residente em Anestesiologia CRM 1897

*João Alves de Siqueira*  
Inc. Enfermagem  
COREN-RR 904.179

**TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE**

DATA: 27/10/2020  
Nº BOLSA: 0414200323022 VOLUME: 264 ml  
BOLSA: ABO: 0 FATOR Rh: +  
PACIENTE: ABO: 0 FATOR Rh: +  
SINAIS VITAIS:  
INICIO: 11:30 h. T: - PA: 110x53 P: 126 FR -  
MEIO (15MIN): 11:55 h. T: - PA: 81x53 P: 136 FR -  
FIM: 12:50 h. T: - PA: 82x50 P: 126 FR -  
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: \_\_\_\_\_ COREN \_\_\_\_\_  
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: José Buttendender CRM: \_\_\_\_\_  
Médico Residente em Anestesiologia CRM 1897

**TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE**

DATA:   /  /    
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:   /  /    
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  
Braulio Wilson  
014194940015

22:00 36,4  
22:50 36,3  
23:50 36,5  
M. Alice  
151196 - J30  
157196 - J31  
155196 - J33  
Prof. Domingos Santana da C. Neto  
COREN-RR 148.217 - ENF

192  
+

22  
17  
24

25 04 2020  
Braulio Wilson  
014194940015

03:37 36,5  
04:05 36,5  
04:05 36,6  
188x97 - J36  
182x96 - J34  
178x81 - J46  
M. Alice  
Prof. Domingos Santana da C. Neto  
COREN-RR 148.217 - ENF

173  
+

18  
18

Ho da

24 04 2020  
Braulio Wilson  
014194940015

22:51 36,5  
23:06 36,5  
23:25 36,5  
159x92 - J30  
178x93 - J22  
177x93 - J22  
M. Alice  
Prof. Domingos Santana da C. Neto  
COREN-RR 148.217 - ENF

176  
+

24  
15

25 04 2020  
Braulio Wilson  
014194940015

04:09 36,6  
04:25 36,9  
04:40 36,9  
135x80 - J46  
126x76 - J53  
151x89 - J33  
M. Alice  
Prof. Domingos Santana da C. Neto  
COREN-RR 148.217 - ENF

186  
+

18  
18



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

**Resultado de Exame**

Amostra: 2017501302

**COAGULOGRAMA COMPLETO**

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	15,60 seg	10.0 - 14.0 seg
RNI	1,13	0.8 - 1.2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	35.0 seg	25.0 - 39.0 seg
RATIO	1,29	0.75 - 1.22

**Notas**

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

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

Theliane 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  
Cidade: Boa Vista - RR  
Endereço: Av. Engenheiro Eduardo Gomes, 5300 - Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO DO HGR





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PAZEMO DO BRASIL E DO COI"

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

Amostra: 2017501301

### Resultado de Exame

#### DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÇÕES

Material: SORO

Métodologia: M03 - Colorimétrico (díaz)

	Resultado	Referência
BILIRRUBINA TOTAL	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

	Resultado	Referência
CREATININA	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

	Resultado	Referência
FÓSFORO	8.77 mg/dL	2.5 - 4.8 mg/dL

#### DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

	Resultado	Referência
GLICOSE BASAL	227.39 mg/dL	60.0 - 99.0 mg/dL

#### DOSAGEM DE MAGNÉSIO SÉRICO

Material: SORO

Métodologia: M20 - Mann Yoe

	Resultado	Referência
MAGNÉSIO	sem kit mg/dL	1.6 - 2.6 mg/dL

Roberta Silva Rizzo  
Bioquímico  
CRF-RR 713

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cuzino 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  
Doc: 95 2121 0040  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR



GOVERNO  
DE RORAIMA





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
FARMÁCIA PATRIARCA - QUÍMICA E BIOLÓGICA

Paciente: <b>Brain Wilson</b>	Sexo: Masculino	Nasc: 27/10/2001	Idade: 18 ANO
Solicitação: 20175013	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Setor: UTI 2	Letto: 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

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	31.39 x10 <sup>3</sup> /uL	4.0 - 10.0 x10 <sup>3</sup> /uL
NEUTRÓFILOS	85.80 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	5.50 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	8.50 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	0.10 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.10 %	0.0 - 1.0 %

### ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	2.91 x10 <sup>6</sup> /uL	4.32 - 5.52 x10 <sup>6</sup> /uL
HEMOGLOBINA	9.70 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	27.40 %	40.0 - 50.0 %
VCM	94.10 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	33.30 pg	27.0 - 34.0 pg
RDW CV	35.40 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW SD	14.00 %	11.0 - 16.0 %
	55.60 fL	35.0 - 56.0 fL

### PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	175.00 x10 <sup>3</sup> /uL	150.0 - 400.0 x10 <sup>3</sup> /uL
VPM	9.90 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	16.50	9.0 - 17.0
PCT	0.172 %	1.08 - 2.82 %

Thátiane Reis  
Farmacêutica - Bioquímica  
CRF-RR 107

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

25/04/2020 07:34

(\*) Retificado  
Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima  
06655 2121 0640  
E-mail: geral@hgr.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3300 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESALU



GOVERNO  
DE RORAIMA





# UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA II

**NOME:** Brain Wilson, 18 anos, 75kg      **Data:** 25/04/2020

**Diagnósticos:** Choque Hipovolêmico/Osteossíntese do Fêmur D

Prescrição Médica	HORÁRIOS	Prontuário: s/n
1 Dieta Zero até segunda ordem	25 PO	DN: 27/10/2001
2 SF 0,9 % 500 ml IV 04/04 hrs	18:15 (22) (23) (24) (25)	DI HGR: 01/04/2020
3 SF 0,9% ou SRL 500 ml IV ACM	ACM	DI UTI II: 24/04/2020
4 Ceftriaxona 1 g IV 12/12 hrs ( 24/04)	16:00	<b>TABELA DE CORREÇÃO GLICÊMICA</b>
5 Fentanil 50 ml IV BIC	BIC	151 - 180      02U
6 Midazolam 50 ml IV BIC (SOSP)	BIC	181 - 210      04U
7 Noradrenalina 04 amp + SG 5% 100 ml IV BIC	BIC	211 - 240      06U
8 Omeprazol 40 mg IV 1x/dia	16:00	241 - 270      08U
9 Metoclopramida 10 mg IV 08/08 hrs	16:00	271 - 300      10U
10 Dipirona 02 ml IV 04/04 hrs SN	16:00	301 - 330      12U
11 Transamin 1 g + SF 0,9% 250 ml IV 08/08 hrs	16:00	> 330      AVISAR PLANTONISTA
12 Gluconato de cálcio 10% 20 ml + SF 0,9% 100 ml ACM	ACM	<70      Fazer GH 50% 40ml EV
13 PFC 02 UN IV 08/08 hrs	ACM	<b>Evolução da especialidade médica responsável:</b>
14 Glicemia capilar 04/04 hrs	18:15 (22) (23) (24) (25)	<b>1. Avaliação Geral:</b>
15 Hiprometose 0,5% 1 gt em cada olho de 04/04 hrs	18:15 (22) (23) (24) (25)	
16 Cebaceira elevada a 30°	18:15 (22) (23) (24) (25)	
17 Anotar diâmetro pupilar 04/04 hrs	18:15 (22) (23) (24) (25)	
18 Manter PAM > 75 mmhg	ATENÇÃO	
19 Manter Paciente aquecido	SNP 12	
20 Dieta Zero até segunda ordem	18:15 (22) (23) (24) (25)	
21 SF 0,9% 500 ml IV 04/04 hrs	BIC 10:15	
22 DESAMIDAZOLINA 200mg + SF 0,9% 100 ml (EN) BIC	23:50	
23 S.H A USD. (EN)		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		

**3. Planejamento Terapêutico:**

SIC: IAIIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERM EM: UTI  
 IDADE: 78 DATA: 25.04.20 LEITO: 18 DI: 1  
 NOME: Beyron Wilson HO: 06

PERÍODO: ( ) MATUTINO ( ) VESPERTINO ( ) NOTURNO  
 Acesso Venoso Central: (  ) Sim ( ) Não Data: 25/04/20 Local: Subclaviana G  
 Acesso Venoso Periférico: ( ) Sim ( ) Não Data: 25/04/20 Local: Subclaviana G  
 Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não  
 Sangramento: ( ) Sim (  ) Não Local: Subclaviana G  
 Hemotransfusão: ( ) Sim (  ) Não - ( ) CH ( ) PF ( ) PLAQÜETAS QUANTIDADE

**SISTEMA GASTROINTESTINAL**  
 Aceitação da dieta: (  ) Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) Total  
 ( ) VO ( ) NPT ( ) GTT ( ) SNG - Data: 25/04/20 ( ) SNE - Data: 25/04/20  
 Ruídos hidroaéreos: ( ) Presentes ( ) Ausentes  
 Abdome: (  ) 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  
 Coloração: ( ) Limpida (  ) Concentrada ( ) Sedimentada  
 Secreções: ( ) Sim - Aspecto (  ) Não Higiene: (  ) Satisfatória ( ) Precária

**CURATIVOS E DRENOS**  
 Região: AVC  
 Características: limpa  
 Produto: SF  
 Região: FO femur D  
 Características: sem pontos  
 Produto: SF  
 Dreno: Local  
 Secreção: limpa Volume \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Dias \_\_\_\_\_

**ÚLCERA POR PRESSÃO**  
 Região: sem LPP Estágio \_\_\_\_\_ Região \_\_\_\_\_ Estágio \_\_\_\_\_  
 Região: \_\_\_\_\_ Estágio \_\_\_\_\_ Região \_\_\_\_\_ Estágio \_\_\_\_\_  
**INTEGRIDADE CUTÂNEA**  
 ( ) Febril (  ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Ictérica ( ) Cianótica  
 ( ) Hipocorada ( ) Pele fria e sudoreica ( ) Anasarca ( ) Rubor ( ) Palidez  
 ( ) Petéquias - Local ( ) Edema - Local

ENFERMEIRO(a): [Assinatura]

Isolamento de contato/respiratório: ( ) Sim (  ) Não  
**ESCALA DE RAMSAY**  
 1 Acordado, ansioso 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: 06

**ESCALA DE GLASSGOW**

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

Score: 03

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**

Atividade	Alimentação	Alteração de percepção	Atividade física	Humidade da pele	Força	Reflexos	SCORÉ FINAL
3	3	3	3	3	3	3	18

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**  
 ( ) Espontânea (  ) Eupneia ( ) Taquipneia ( ) Bradipneia  
 ( ) Dispneia ( ) Cheyne-stokes ( ) Kussmaul  
 (  ) VM TOT ( ) VM TQT TOT/TQT - Data: 25/04/20 Modo: CMV  
 Posicionamento do TOT/TQT a \_\_\_\_\_ cm dos incisivos Pressão do Cuff \_\_\_\_\_ mmHg  
 Data da Troca: \_\_\_\_\_ Resistência a aspiração: ( ) Sim ( ) Não  
 Ausc. Pulmonar: ( ) Crepitações ( ) Sibilos ( ) Murmúrios Vesiculares

**SISTEMA CARDIOVASCULAR**  
 (  ) Rítmico ( ) Arritmico ( ) Chelo ( ) Filiforme Local: Perfem D  
 Ausculta cardíaca: ( ) 2 tempos ( ) 3 tempos



**EVOLUÇÃO MÉDICA NOTURNA UTI II**



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	<i>af febril</i>	SpO <sub>2</sub>	<i>100-98</i>
FC	<i>114-96</i>	PVC	
PAM	<i>139-27</i>	PIA	
FR	<i>20-14</i>	Glicemia	<i>132-100</i>

Prescrição médica sendo seguida?  sim  não

• Medicação em falta:  
*hipotensivos*

• Medicamentos ã checadas:

**INTERCORRÊNCIAS**

**CARDIOVASCULAR:**

DVA1: <i>nao</i> <i>40</i> ml/h ou <i>_____</i> µg/kg/h <input type="checkbox"/> em diminuição <input type="checkbox"/> em ascensão <input type="checkbox"/> mantida <input type="checkbox"/> retirada	DVA2: <i>_____</i> ml/h ou <i>_____</i> µg/kg/h <input type="checkbox"/> em diminuição <input type="checkbox"/> em ascensão <input type="checkbox"/> mantida <input type="checkbox"/> retirada	Arritmias? <input type="checkbox"/> Taquiarritmia <input type="checkbox"/> Bradiarritmia PCR? <i>_____</i>	ΔPP: <i>_____</i> Cava: <i>_____</i> EC: <i>_____</i> Pulsos: <i>_____</i>
---	--	---	---

**RESPIRATÓRIO:**

<input type="checkbox"/> ar ambiente <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> CN <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> Macro <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> Tubo Y <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VM	Secreção: <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> pouca <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> abundante Aspecto: <i>_____</i>	Hipoxemia? Causa: <i>_____</i> Tto: <i>_____</i>	<input type="checkbox"/> Desconforto Res? <input type="checkbox"/> Broncoespasmo? <input type="checkbox"/> Congestão? <input type="checkbox"/> SARA? <input type="checkbox"/> Rolha? Outro: <i>_____</i>	PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> : <i>680</i> Ajustes: <i>VC 430-410</i> <i>FR 15-12</i>
--	---	--	---	---

**GASTROINTESTINAL:**

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

**RENAL:**

Diurese últimas 6h: <i>1200</i> ml/kg/h <input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> IRC KDIGO <i>_____</i> <input type="checkbox"/> TRS	Estimulação? <input type="checkbox"/> Hidratação? <input type="checkbox"/> Diurético? Outro: <i>_____</i>
--	--

**NEUROLÓGICO:**

Sedação? <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não RASS: <i>_____</i> ECG: <i>_____</i> Em despertar? <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Desperto e desorientado <input type="checkbox"/> Depressivo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Desperto mas não interage com examinador	<input type="checkbox"/> Desperto e orientado <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Delirium	Pupilas: D: <i>_____</i> mm E: <i>_____</i> mm RFM: <i>_____</i>
---	---	---	---

*Alexandre Feit*  
 Médico  
 CRM-RR 2131

**Outras intercorrências:**

*As intercorrências no turno.*

**Impressão clínica:**

*pac grave, choque hemorrágico já compensado c/ OVA, bom parâmetros ventilatórios boa satura e O<sub>2</sub>RAO*

**Conduta médica:**

*Suporte + ajuste ventilatórios.*

Sedação adequada <input checked="" type="checkbox"/>	Analgesia <input checked="" type="checkbox"/>	Cateter <input checked="" type="checkbox"/>	Tubo / Cuff <input checked="" type="checkbox"/>	P. Platô < 30	Profilaxia TVP <input checked="" type="checkbox"/>	Profilaxia úlcera <input checked="" type="checkbox"/>
Oftalmo Proteção <input checked="" type="checkbox"/>	Mudança decúbito <input checked="" type="checkbox"/>	Cabeceira elevada <input checked="" type="checkbox"/>	Sonda vesical <input checked="" type="checkbox"/>	Dieta	Prócínético	Fibra alimentar

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJDDS RLNS4 TQC35 RLBWY





## RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS UTI II



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	31350	9,46				
Neutrofilos	85,8	79				
linfocitos	5,5	17				
Bastões						
Hb	9,7	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	+ 1870	- 596				

**Legenda**

NR: Exame solicitado mas não realizado

? : resultado duvidoso

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJDDS RLNS4 TQC35 RLWY





<b>Paciente:</b> Brain Wilson	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nasc:</b> 27/10/2001	<b>Idade:</b> 18 ANO
<b>Solicitação:</b> 20175091	<b>Número Interno:</b>	<b>Solicitante:</b>	
<b>Origem:</b> HGR	<b>Setor:</b> UTI 2	<b>Leito:</b> 18	
<b>Data de Emissão:</b> 25/04/2020 14:05	<b>Recebimento:</b>		

Amostra: 2017509101

### Resultado de Exame

## DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÇÕES

Material: SORO

Métodologia: M03 - Colorimétrico (díazot)

	Resultado	Referência
BILIRRUBINA TOTAL	0.55 mg/dL	0.1 - 1.2 mg/dL
BILIRRUBINA DIRETA	0.39 mg/dL	0.0 - 0.4 mg/dL
BILIRRUBINA INDIRETA	0.16 mg/dL	0.1 - 0.8 mg/dL

#### Notas

- 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

	Resultado	Referência
CREATININA	0.84 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 CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)

Material: SORO

Métodologia: M13 - Cinético Uv

	Resultado	Referência
CPK	2052.58 U/L	24.0 - 195.0 U/L

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

Material: SORO

Métodologia: M13 - Cinético Uv

	Resultado	Referência
CK-MB	68.14 U/L	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;

HORLEY 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  
06095 2121 0640  
E-mail: hgrlab@hgr.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA





ESTADO DO RORAIMA  
UNIDADE ADMINISTRATIVA DO SISTEMA DE SAÚDE

<b>Paciente:</b> Brain Wilson	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nasc:</b> 27/10/2001	<b>Idade:</b> 18 ANO
<b>Solicitação:</b> 20175091	<b>Número Interno:</b>	<b>Solicitante:</b>	
<b>Origem:</b> HGR		<b>Sector:</b> UTI 2	<b>Leito:</b> 18
<b>Data de Emissão:</b> 25/04/2020 14:05		<b>Recebimento:</b>	

Amostra: 2017509103

**Resultado de Exame**

**HEMOGRAMA COMPLETO**

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bo-5360)

**LEUCOGRAMA**

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

**ERITROGRAMA**

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

**PLAQUETOGRAMA**

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

Wellington Mendes  
Farmacêutico - Bioquímico  
CRF - RR 043

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizinho de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 150  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/04/2020 07:54

(\*) Ratificado  
Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima  
Endereço: 2121 0040 -  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR



GOVERNO  
DE RORAIMA



# UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA II

**NOME:** Brain Wilson, 18 anos, 75kg **Data:** 26/04/2020

**Prontuário: s/n** 18

**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 6/6h	SND	DI HGR: 01/04/2020
3 SF 0,9% ou SRL 500 ml IV ACM	18:00 - 18:30	DI UTI II: 24/04/2020
4 Ceftriaxona 1 g IV 12/12 hrs ( 24/04)	18:00 - 18:30	
5 Noradrenalina 16mg + SG 5% 100 ml EV em BIC	18:00 - 18:30	
6 Fentanil 50 ml IV BIC		<b>TABELA DE CORREÇÃO GLICÊMICA</b>
7 Dexmedetomidina 2amp + SF 0,9% 100ml EV em BIC		151 - 180 02U
8 Omeprazol 40 mg IV 1x/dia		181 - 210 04U
9 Bromoprida 10mg EV 8/8h		211 - 240 06U
10 Dipirona 2g EV SN		241 - 270 08 U
11 Hipromelose 0,5% 2 gotas em cada olho de 04/04h		271 - 300 10U
12 Glicemia capilar 04/04h. Correções conforme tabela ao lado.		301 - 330 12U
13 Manter olhos ocluídos com gaze umidificada enquanto inconsciente.		> 330 AVISAR PLANTONISTA
14 Banho diário com clorexidina 2%		< 70 Fazer GH 50% 40ml EV
15 Higiene oral com clorexidina 0,12% 3x/dia		
16 Cebeceira elevada a 45		
17 Mudança de decubito de 2/2h conforme protocolo interno.		
18 FST respiratória e motora		
19 AMIGDALINA 150mg + SF 0,9% 50ml EV		
20 HIPOCORTISONA 300mg EV 8/8h		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		

**Evolução da especialidade médica responsável**

**1. Avaliação Geral:**

**2. Sugestão de Conduta:**

**3. Planejamento Terapêutico:**



GOVERNO DO PARANÁ



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - UTI

NOME: Barbara Wilson IDADE: 18 DATA: 26/11/20 LEITO: 18 DI: 1

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

PERÍODO: (x) MATUTINO ( ) VESPERTINO ( ) NOTURNO

ESCALA DE RAMSAY

1	Acordado, ansioso 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: 5

AVALIAÇÃO PUPILAR

Reagente ( ) Não reagente  
 (x) Normal ( ) Média fixa  
 ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas  
 ( ) Mióse ( ) Midríase  
 ( ) D>E ( ) ESD

ESCALA DE GLASGOW

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

Score: 13

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

4	Percepção sensorial	4	Atividade física	4	Fluidez de locomoção
3	Consciência ambiental	3	Atividade física	3	Fluidez de locomoção
2	Atividade física	2	Atividade física	2	Fluidez de locomoção
1	Atividade física	1	Atividade física	1	Fluidez de locomoção

Score Final: 13

SISTEMA RESPIRATORIO

( ) Espontânea (x) Equipneia ( ) Taquipneia  
 ( ) Dispneia ( ) Cheyne-stokes ( ) Bradipneia  
 (x) VM TOT ( ) VM TOT ( ) Kusmaul  
 Posicionamento do TOT/TOT a 13 cm dos incisivos Pressão do Cuff 13 mmHg  
 Data da Troca: 26/11/20 Resistência a aspiração: ( ) Sim (x) Não  
 Ausc. Pulmonar: ( ) Creptações ( ) Sibilos (x) Murmúrios Vesiculares

SISTEMA CARDIOVASCULAR

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

Acesso Venoso Central: (x) Sim ( ) Não Data: 26/11/20 Local: VCL  
 Acesso Venoso Periférico: ( ) Sim (x) Não Data: 26/11/20 Local: VCL  
 Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim (x) Não  
 Sangramento: ( ) Sim (x) Não Local: 26/11/20  
 Hemotransfusão: ( ) Sim (x) Não - ( ) CH ( ) PF ( ) PLACUETAS QUANTIDADE

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Alimentação da dieta: (x) Sim ( ) Não ( ) Parcial (x) Total  
 ( ) VO ( ) NPT ( ) GTT ( ) SNG - Data: 26/11/20  
 Ruídos hidro-aéreos: ( ) Presentes ( ) Ausentes (x) SNF - Data: 26/11/20  
 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  
 Coloração: (x) Limpida ( ) Concentrada ( ) Sedimentada  
 Secções: ( ) Sim - Aspecto (x) Não Higiene: (x) Satisfatória ( ) Precária

CURATIVOS E DRENOS

Região: FD da região M.F.O  
 Características: de uma ferida  
 Produto: panico  
 Região: C.V.C. - VCL  
 Características: de uma ferida  
 Produto: panico  
 Dreno: Local Volume \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_  
 Secreção: \_\_\_\_\_ Dias

ÚLCERA POR PRESSÃO

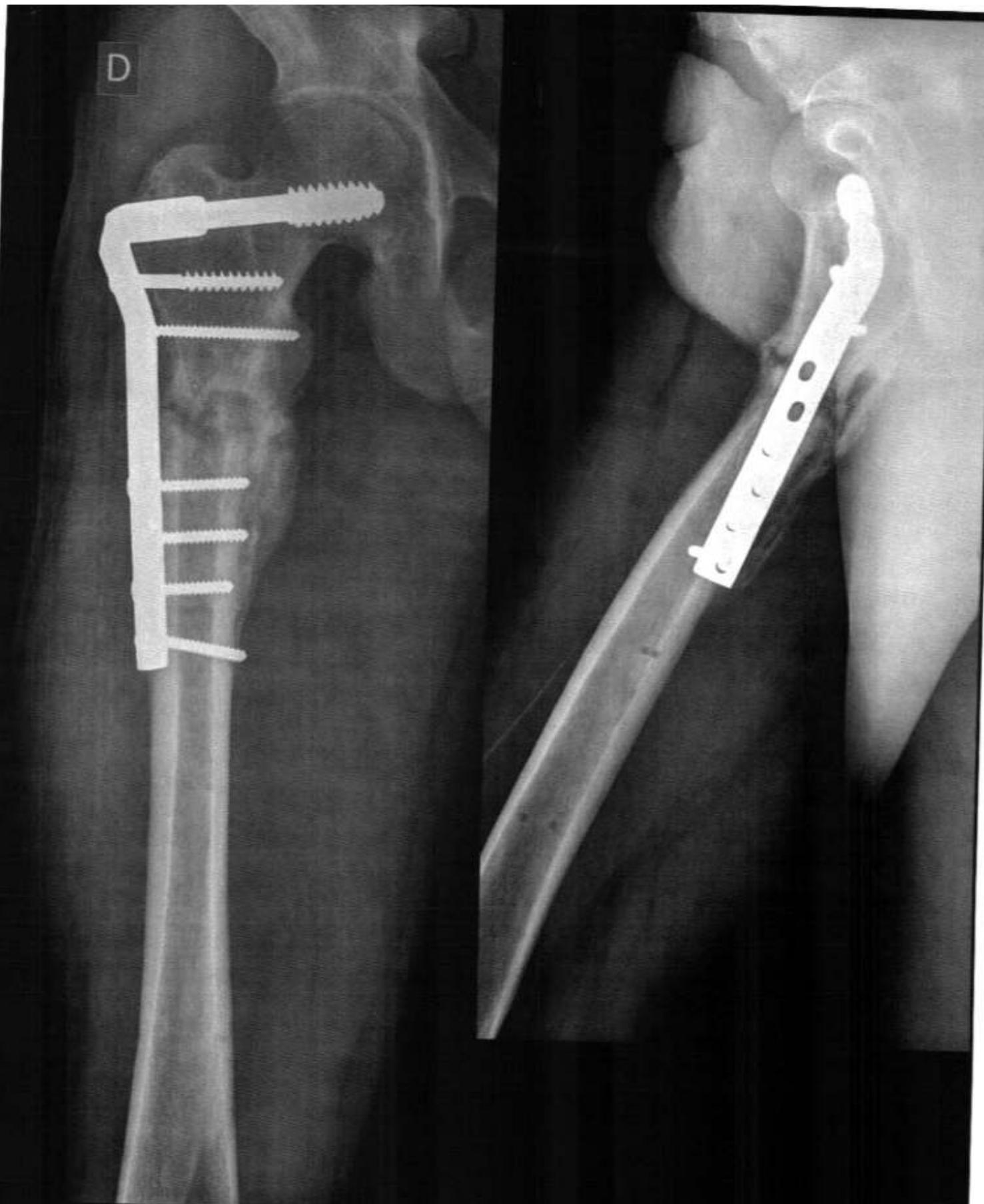
Região: \_\_\_\_\_ Estágio: \_\_\_\_\_ Região: \_\_\_\_\_ Estágio: \_\_\_\_\_  
 Região: \_\_\_\_\_ Estágio: \_\_\_\_\_ Região: \_\_\_\_\_ Estágio: \_\_\_\_\_

INTEGRIDADE CUTÂNEA

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

ENFERMEIRO(a):

Enf. Dominga Santana da C. Nova  
 COREN-RR 148.217 - ENF



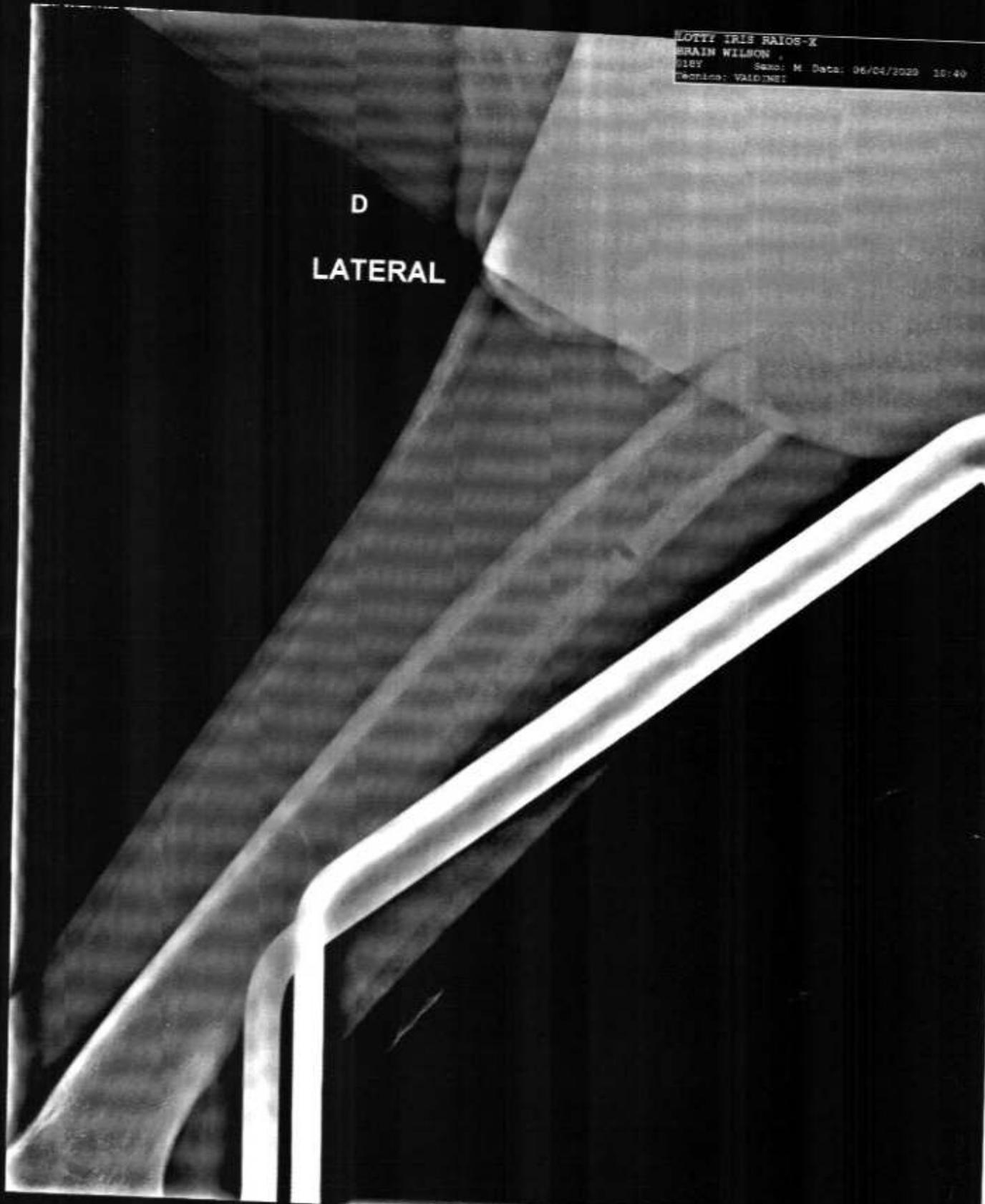
BRAIN WILSON

6116

HOSPITAL CORONEL MOTA

Marcos





AP  
D

LOTTY TRIS MALOS-K  
MUAH WILSON  
CIBT Hosp: M Data: 06/01/2020 10:44  
PROMISSÃO VALDIZNEI

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJDDS RLNS4 TQC35 RLBWY



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA 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 SANTA INÊS - MA DATA DE NASCIMENTO 09/12/1978

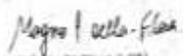
DOC. ORDEM CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35  
2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 **AMADEU ROCHA TRIANI**  
Partido Participante da Polícia Civil  
Diretor de I.D.G.

2 VIA

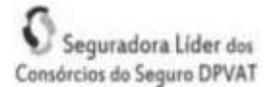
LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

TRABALHADOR		MINISTÉRIO DO TRABALHO	
<p>Este é sua <b>Carteira de Trabalho - CTPS</b>, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.033 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5457 de 01.05.1943 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</p> <p>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, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>CONFECCIONADA COM RECURSOS DO PAT - FUNDO DE AMPLIAR AO TRABALHADOR.</p> <p>VISITE O PORTAL TRABALHO - <a href="http://TRABALHO.GOV.BR">HTTP://TRABALHO.GOV.BR</a></p>		 <p>SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO</p> <p>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</p> <p>EMPREGO: 136.97466.54-1</p> <p>EMPREGADOR: 5264156      SECT: 0060      RR: RR</p> <p><i>Brian Wilson</i></p> <p>PROFISSIONAL EM EXERCÍCIO</p>  	

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	
	
<b>BRAIN WILSON</b>	
FILIAÇÃO: ALICE WILSON	
NASCIMENTO: 27/10/2001	
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	
NATALIDADE: BONFIM - RR	
DOCUMENTO: R.G. - 5562435 - 15/08/2018 - SESP - RR	
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995	
CPF: 706.679.212-22	CNH: _____
TIT. ELEITOR: _____	SEÇÃO: _____ ZONA: _____
LOCAL DE EMISSÃO: SATEM - BOA VISTA	
DATA DE EMISSÃO: 14/10/2018	
	
MAGNO ALLON DELLA FLORA Superintendente Regional de Trabalho e Emprego-RR ASSINATURA DO EMPREGADOR	



## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

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

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

#### Portador da documentação apresentada

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE :

NOME: Bryan Wilson  
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro  
PROFISSÃO: autônomo RG: 5522435  
CPF: 706.679.212-22 ENDEREÇO: CS. Original do Lafajal  
BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: Ba. Vista  
CEP: 9.300-670

VÍTIMA: Bryan Wilson  
CPF: 706.679.212-22 DATA DO ACIDENTE: \_\_\_\_\_  
NATUREZA: ( ) DAMS (X) 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: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Loura 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 transito, 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.

Bra Vista RR, 13 de Mai de 20 20

Bryan 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

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

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

#### Portador da documentação apresentada

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

