

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo:  
2938343420201216104053

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

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

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

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

500 por pág.1





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:

4 - Nome completo da vítima:

706.679.212-22 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:

6 - CPF:

Brian Wilson

706.679.212-22

7 - Estado:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

autônomo

65 Original do laudal

514

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

Bom Lusto

RR

69.300-690

99113-3355

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: Hau

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da Vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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 (a) (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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Bom Lusto RR 21 de Setembro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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\_VEICULOS



Impresso por: Hualacy Seelig Soares de Souza  
Data de Impressão: 21/09/2020 16:29:42

Página 1 de 2  
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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 sentindo contrário, estava obstruindo o campo de visão pois estava com o farol alto ligado; QUE nesse momento uma outra motocicleta indo em sentindo 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 sentindo 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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS



Hualacy Seelig Soares de Souza

Chefe de Seção

Matrícula 020116684

Responsável pelo Atendimento

Brain Wilson

Comunicante, Vítima

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



Impresso por: Hualacy Seelig Soares de Souza

Data de Impressão: 21/09/2020 16:29:42

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



**PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**



**DADOS DO SINISTRO**

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

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

**Data da análise:** 07/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL DIREITO.

**Documentos complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

**DANOS**

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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

706.679.212-22 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:

6 - CPF:

Brian Wilson

706.679.212-22

7 - Estado:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

autônomo

65 Original do laudal

514

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

Bom Lusto

RR

69.300-690

16 - Tel.(DDD):

99113-3355

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: Hau

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da Vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Bom Lusto RR 21 de Setembro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1101188	09/2020	12-AUG-20 a 14-SEP-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
316	06-OCT-20	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	MÊS	TOTAL A PAGAR
1101188	09/2020	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>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](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 Vítima 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 OPERATÓRIO

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

BRAIN WILSON

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta de fêmur prox. ①  
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Tratamento cirúrgico fratur. exp. fêmur ①  
TIPO DE INTERVENÇÃO: cirúrgico  
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: 0  
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0 cirúrgico

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em sala de cirurgia anestesiado
- ② Anestesia, antisepsia e colocação de campo por cirúrgico
- ③ Lesão extensiva com laceração e lacer
- ④ Fixação da fratura subcondral de fêmur ① com fixador externo. com auxílio de intensificador de imagem.
- ⑤ Lavagem de hemostasia + sutura.
- ⑥ Curativo.

HOSPITAL GERAL DE ARACAJU  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto - Tel: 331-0121-0620  
AUTENTICAÇÃO  
  
Certifico e sou responsável por este  
cópi e a Responsabilidade Original  
que foi representado neste documento



Transf: 19/10/2020

<b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		<b>Identificação do Paciente</b>	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		5 - NOME DO PACIENTE	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	
		9 - Nº DO PRONTUÁRIO	
		11 - TELEFONE DE CONTATO	
		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
		15 - UF	
		16 - CEP	
		17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
		18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
		19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
		20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	
		21 - CID 10 PRINCIPAL	
		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
		24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
		26 - CLÍNICA	
		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
		28 - DOCUMENTO	
		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		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 - CSOR	
		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
		43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
		44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	
		45 - DOCUMENTO	
		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

0408050616  
5722  
W495





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

# FICHA DE ANESTESIA

Brian Wilson, 18a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
<p>04 11 05</p>		16/02/20
AGENTES	<p>15 30 45 15 30 45 15 30 45</p>	
LIQUIDOS VENOSOS	<p>500 500 500 500 500</p>	
DA	<p>300 300 300 300</p>	
ULSO	<p>PC 500 500 500</p>	
ANES	<p>300 300 300 300</p>	
OP	<p>300 300 300 300</p>	
TEMP	<p>300 300 300 300</p>	
ASPIR	<p>300 300 300 300</p>	
RESP	<p>300 300 300 300</p>	
SÍMBOLOS	<p>X O X</p>	
AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A. Propofol 0.5g 15g	0.5g 15g	Propofol 15g
B. Lidocaína 200g 10	200g 10	Lidocaína
C. Gentamicina 200g 10	200g 10	Gentamicina
D. Esmolol 50g 10	50g 10	Esmolol
E.		
F.		
G.		
GLICOSE	LIQUIDOS	Cátula - Naso / Oro Faringea
NOC		Naso / Orofaringe - Cava
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo
		Bob Mascar
		Dificuldade Técnica
SP 99% 350		TEMPO DE ANESTESIA
TOTAL 3500 ml		01:15H
OPERAÇÃO	<p>Pico de Ar Pico de Ar</p>	
ANESTESIA	COÓRDO	CIRURGIÃO
Brian / José R		Paulo / Sérgio
		PERDA SANGÜEA 300ml
		Linco - Espanto - Excesso Saco
		Depressão Respiratória - Hipoxia
		"Bucking" - Vômito
		Hemorragia - Anemia
		Brad Taquicardia - Choque







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
BRANILSON				16/10/2020	
TIPO		CIRURGIA			
FRATURA DE FEMUR		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		05:00	06:04		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
DR. ELDER SOBRINHO		ANESTESISTA:			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
DR. FACHO R1		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		JOSE NETO R2			
		CIRCULANTE			
		MARCELO SOCORRO, ISABEL			
TIPO DE ANESTESIA: ROLAPRO		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
10	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
10	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
7	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 20		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
			OUTROS:		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA		VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		SUB-TOTAL	
		Blancher			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA	
		MARCELO SOCORRO		TAXA DE ANESTESIA	
		ISABEL		SOMA	

AV. BRIG. EDUARDO GUERREIRO  
NOVA BRASÍLIA, 2º ANDAR - FONE: 3111-1111  
FAX: 3111-1111  
E-MAIL: PROJUDI@GOV.RR  
www.projudi.gov.br

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE



"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS									
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			Especialidade: Ortopedia				Procedimento Realizado:		
Nome do Paciente: Brodian Wilson			IDADE:		SEXO: F ( ) M ( )		Nº do Prontuário		Data 16/02/2020
Bloco:		Enfermaria:		Leito: 0		Nº da Sala 04		Circulante de Sala: Isabel, Socorro, Manoel	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Diluição Povidona									

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ( )

**Dados Adicionais:**

Marca:

DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1.000	1.000	1.000	1.000
2.000	2.000	2.000	2.000
3.000	3.000	3.000	3.000
4.000	4.000	4.000	4.000
5.000	5.000	5.000	5.000
6.000	6.000	6.000	6.000
7.000	7.000	7.000	7.000
8.000	8.000	8.000	8.000
9.000	9.000	9.000	9.000
10.000	10.000	10.000	10.000
11.000	11.000	11.000	11.000
12.000	12.000	12.000	12.000
13.000	13.000	13.000	13.000
14.000	14.000	14.000	14.000
15.000	15.000	15.000	15.000
16.000	16.000	16.000	16.000
17.000	17.000	17.000	17.000
18.000	18.000	18.000	18.000
19.000	19.000	19.000	19.000
20.000	20.000	20.000	20.000
21.000	21.000	21.000	21.000
22.000	22.000	22.000	22.000
23.000	23.000	23.000	23.000
24.000	24.000	24.000	24.000
25.000	25.000	25.000	25.000
26.000	26.000	26.000	26.000
27.000	27.000	27.000	27.000
28.000	28.000	28.000	28.000
29.000	29.000	29.000	29.000
30.000	30.000	30.000	30.000
31.000	31.000	31.000	31.000
32.000	32.000	32.000	32.000
33.000	33.000	33.000	33.000
34.000	34.000	34.000	34.000
35.000	35.000	35.000	35.000
36.000	36.000	36.000	36.000
37.000	37.000	37.000	37.000
38.000	38.000	38.000	38.000
39.000	39.000	39.000	39.000
40.000	40.000	40.000	40.000
41.000	41.000	41.000	41.000
42.000	42.000	42.000	42.000
43.000	43.000	43.000	43.000
44.000	44.000	44.000	44.000
45.000	45.000	45.000	45.000
46.000	46.000	46.000	46.000
47.000	47.000	47.000	47.000
48.000	48.000	48.000	48.000
49.000	49.000	49.000	49.000
50.000	50.000	50.000	50.000
51.000	51.000	51.000	51.000
52.000	52.000	52.000	52.000
53.000	53.000	53.000	53.000
54.000	54.000	54.000	54.000
55.000	55.000	55.000	55.000
56.000	56.000	56.000	56.000
57.000	57.000	57.000	57.000
58.000	58.000	58.000	58.000
59.000	59.000	59.000	59.000
60.000	60.000	60.000	60.000
61.000	61.000	61.000	61.000
62.000	62.000	62.000	62.000
63.000	63.000	63.000	63.000
64.000	64.000	64.000	64.000
65.000	65.000	65.000	65.000
66.000	66.000	66.000	66.000
67.000	67.000	67.000	67.000
68.000	68.000	68.000	68.000
69.000	69.000	69.000	69.000
70.000	70.000	70.000	70.000
71.000	71.000	71.000	71.000
72.000	72.000	72.000	72.000
73.000	73.000	73.000	73.000
74.000	74.000	74.000	74.000

QUANT

09

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA  
Tel.: 5511/36494000  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350  
Ref.: 4747/03      Lote: 19A003617  
Registro ANVISA: 10223710005

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA  
Tel.: 55(11)89494000  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250  
Ref.: 4747/03      Lote: 19L.000066  
Registro ANVISA: 10223710005

Dr. Elder Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 155.944

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR:

Empresa ( )

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

**Marca:**

ITEM

DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1. Material de consumo	100	10,00	1.000,00
2. Mão de obra	100	20,00	2.000,00
3. Energia elétrica	100	5,00	500,00
4. Material de manutenção	100	15,00	1.500,00
5. Outros materiais	100	10,00	1.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>		<b>6.000,00</b>

QUANT

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

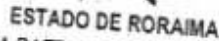
1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

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: [sonia.hor@mail.com](mailto:sonia.hor@mail.com)







**CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS**

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: <i>Ortopédia</i>		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: <i>Brian Wilson</i>		IDADE:	SEXO: F ( ) M ( )	Nº do Prontuário	Data <i>16/02/202</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>Piquina Cirúrgica</i>					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ( )		Dados Adicionais:		Marca:	
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM			QUANT	
01	Fixador Externo 350 mm			02	
<p>Dr. Elder Soares Ortopedia e Traumatologia CRM: 22600-1/PA</p> <p>ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)30404000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350 Ref.: 4747/03 Lote: 19A003017 Registro ANVISA: 18229710095</p> <p>ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)30404000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350 Ref.: 4747/03 Lote: 19A003017 Registro ANVISA: 18229710095</p>					
MÉDICO CIRURGIÃO: <u>Dr. Elder Soares</u>		1º AUXILIAR: <u>Dr. Paulo R.</u>			
INSTRUMENTADOR:					
Empresa ( )		Nome da Empresa: SIRIUS ( ) / SINTESE ( ) / QUANTUM ( )		Marca:	
		ATHENA ( ) / MACON ( )			
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM			QUANT	
VIA - PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
OPME/CME					
MÉDICO CIRURGIÃO:		1º AUXILIAR:			
INSTRUMENTADOR:					

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em: <https://projudi.tir.jus.br/projudi/> - Identificador: P1S9E M2EH I M2CP SB6MB







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

Nome: Bruno Wilson Data de Nasc: 27/10/2001 Idade: 18 Setor/Leito: 16/02/2020  
Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim (X) Não Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim (X) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA							
Cirurgia Proposta:		Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	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: ( ) Deambulando (X) Consente ( ) Com Suporte de O2 ( ) TOT ( ) Agitado 3. Sinais Vitais: T <u>36.5</u> °C R <u>18</u> rpm FC <u>97</u> bpm PA <u>92/52</u> mmHg SAT <u>97</u> % ( ) Regular ( ) Irregular 4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Admitido para</u> <u>realizar pro-</u> <u>cedimento</u> <u>entorácico.</u> <u>Informar que</u> <u>há acidente de</u> <u>trato e com</u> <u>de fratura</u> <u>no</u> <u>do membro</u> <u>do</u> <u>do</u>		04:20	04:25	05:00	06:04		Rogui	Localização: 1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros: Posicionamento: Dorsal	0'	83			100		0
Hidratação Infundida		Antibiótico/terapia		Hemoderivados		CH: <u>0</u>		Plasma: <u>0</u>		Plaquetas: <u>0</u>		Anátomo Patológico: (X) Não ( ) Sim Nº Peças: ( ) Cultura ( ) Outros: <u>0</u>			
Nº de Compressas oferecidas:		Nº de Compressas recolhidas:		Exames na SO: ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) RX ( ) Gasometria ( ) Outros:		Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguto PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Vendolise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT (X) Não ( ) Sim N° 12. SVD (X) Não ( ) Sim N° 13. Outros:		Sinais Vitais: Saída da SO T <u>36.5</u> °C R <u>18</u> rpm FC <u>97</u> bpm PA <u>92/52</u> mmHg SAT <u>97</u> % (X) Regular ( ) Irregular		Destino: (X) SRPA ( ) UTI ( ) outros:					
BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)		Entrada		Saída											
Medi cação		CH		SNG/Volume		Dreno/Qual		Hora		SVD/Aspecto		Dreno/Qual		Outros	
Hora															
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)															





ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Brian Wilson  
Responsável Cirurgião M. Geda

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

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

RISCO CIRÚRGICO  
( ) Aplicar ☒ 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

16, 2, 20 Assinatura [assinatura] Hora: 10:34

ANTES DA INCISÃO

Anestesta R.2 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 + gentamicina Hora: 04:40

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

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não

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

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

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

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

[assinatura]  
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	Brown Wilson				
AGNÓSTICO	Rx ex postea subtrocanterian				
ALERGIAS					
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
ITEM	LEITO		DATA	16/01/20	
PRESCRIÇÃO			HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE			SAD	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			MONTEN	
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8h - 6/6 4h			18h	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			18h	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			18h	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			18h	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			18h	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			NTF	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			08h	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			08h	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			08h	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			08h	
13	SSVV + CCGG 6/6 H			08h	
14	CURATIVO DIÁRIO			DIÁRIO	
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

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

**SINAIS VITAIS**

	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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



601-02

D. V. V.





BXF - HC

Chra

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

DATA: 27.10.2020

PACIENTE: Brian Wilson

DIAGNÓSTICOS: Exposto sublingual DN: 27.10.2020

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:

Analgesia + Ceftriaxona

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

By 12015, AAA, SI importante em massa /  
aguardando programação cirurgia

Boa Vista, 27 de 02 de 2020 Hora: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Dr. Pedro Di Giovanni  
CRM: 1615  
Coordenador NIR

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 ..... 20.348



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: **NIR**

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 Passarão**

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 Fx Exposta subtrocanterica (D)**

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **Tto Cirurgico**

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **Fx Exposta subtrocanterica (D)**

21 - CID 10 PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: \_\_\_\_\_

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **Ortopedia**

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

26 - CLÍNICA: **Ortopedia**

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_

28 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

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): **Dr. Paulo de S. Farias**  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2020

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: \_\_\_\_\_

37 - Nº DO BILHETE: \_\_\_\_\_

38 - SÉRIE: \_\_\_\_\_

39 - CNPJ EMPRESA: \_\_\_\_\_

40 - CNAE DA EMPRESA: \_\_\_\_\_

41 - CBOR: \_\_\_\_\_

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: \_\_\_\_\_

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **0408050616**  
**5722**  
**W475**

46 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **16/7/20**

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): \_\_\_\_\_



# 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


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

Reclassificação

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

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ 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>07</sup>
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 <b>BRASILEIRA</b>		Prontuário
Endereço <b>RUA - VILA DO PASSARAO - SN - BOA VISTA - RR</b>		Contato		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	Pressão
Sector <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>SAMU CAPITAL</b>	Procedimento Sol.		Registrado por: <b>ALEXSANDRO PEREIRA</b>		
Queixa Principal <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____h) <i>Tranquilo pelo trauma da queda de moto com trauma em caxa direita (PUNHAUL FARTURA)</i>						
Exame Físico <i>Estabilizado - Glasgow 15/</i> <i>EC 115 - SpO2 98%</i>						
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
<i>S. Fisiológico 100% vit IN</i>						
<i>TRIPINONA 29 IV</i>						
<i>TIACIL 40mg IV</i>						
<i>02:24 DATOPELIA</i>						
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: _____ Data e Hora da Saída/Alta: _____						
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica _____						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Assinatura do Médico <i>Dr. Jorge Barreiras</i> Gabinete 204		
Impresso por: alexsandro.pereira Data Hora: 16/02/2020 01:54:10				 2001220896		





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Brain Wilson

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

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta de fêmur prox.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Tratamento cirúrgico fratur. exp. fêmur

TIPO DE INTERVENÇÃO: cirúrgico

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Ø cirúrgico

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

2º AUXILIAR: Dr. Jovianillo INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

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

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

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em sala sob efeito anestésico
- ② Anestesia, antisepsia e colocação de campos cirúrgicos
- ③ ULC extensiva com IFC, 9,10 e 11
- ④ Fixação da fratura subcondral de fêmur ① com fixador externo. com auxílio intensificador de imagens.
- ⑤ Revisão da hemostasia. f. serva.
- ⑥ Curativo.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Petrolífera dos Brasileiros"

# FICHA DE ANESTESIA

Brian Wilson, 18a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
<p>04 05</p>		16/03/20
AGENTES		
LÍQUIDOS VENOSOS	<p>500 500 500 500 500</p> <p>PC SPH PRV 65</p>	
DA	10	240
X	38	220
ULSO	36	200
ANES	34	180
X	32	160
OP	30	140
O		
TEMP		
ASPIR.		
A		
RESP		
O		
Export		
Assist		
Contro		
SÍMBOLOS	<p>X O X</p>	
AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A. Propofol 15g	15g	Propofol 15g
B. Clonidina 0.5g	0.5g	Clonidina
C. Gentamicina 100mg	100mg	
D. Esmolol 50mg	50mg	
E		
F		
G		
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cérebro - Nasal / Orofaríngeo
INDIC		Nasal / Orofaríngeo - Cerebral
SANGUE		
		Solo Máscara
		Dificuldade Técnica
SP 95% 350		TEMPO DE ANESTESIA
TOTAL 8500 ml		01:15:11
OPERAÇÃO	<p>Pixação de Pólvora de</p> <p>Pólvora 10</p>	
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO
Alfentanil / Sess 10		Alfentanil / Sess 10
PERDA SANGÜÍNEA		300ml

ANOTAÇÕES

- 1 - controle de: monitorização, respiração, um, ruído, pulso
- 2 - os 1000 ml de 1000
- 3 - resumo de propofol
- 4 - posição do paciente







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO		Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
BRANILSON						16/12/2020	
<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 SOARES		RES. ANESTESIA:		JOSE NETO R2			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR					
DR. PAULO R1							
2º AUXILIAR		CIRCULANTE					
		MARCEL SOCCORIO, ISABEL					
TIPO DE ANESTESIA: Roraima				TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR		
12	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 mL			
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO			
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO			
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº cateter de 18	200		
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0			
7	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº			
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº			
1	LÂMINA BISTURI Nº 20		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº cateter de 18			
	DRENO DE SUÇÃO Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº cateter de 18			
1	DRENO DE TORAX Nº ESCOVADO		1	FIO PROLENE Nº equitro maior			
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº filon Nº 18			
1	SERINGA 01ML - cloridrina pisada		1	SURGICEL Abulm de Roraima			
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO			
1	SERINGA 05 ML		10	KIT CATARATA Nº Propri			
	SERINGA 10ML		10	GEOFOAM - máscaras			
	SERINGA 20ML		10	FITA CARDIACA gomos			
				OUTROS:			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS				DEBITAR NA			
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		SUB-TOTAL			
		Alvina					
FUNÇÃO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA			
		MARCEL, SOCCORIO		TAXA DE ANESTESIA			
		ISABEL		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE							





ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

### CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

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

#### Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ( )		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM		QUANT
<u>01</u>	<u>Fixador Externo 350 mm</u>		<u>02</u>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"><div>ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55/11/09484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350 Ref.: 4747/03 Lote: 19A003617 Registro ANVISA: 10228710095</div><div>ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55/11/09484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350 Ref.: 4747/03 Lote: 19L000969 Registro ANVISA: 10228710095</div></div>			
<div style="text-align: center;"> <b>Dr. Elda Soares</b> Ortopedia e Traumatologia CRM 154.747-03</div>			

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Elda Soares 1º AUXILIAR: Dr. Paulo R.

INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

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

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT
(This section is crossed out with a large diagonal line.)		

MÉDICO CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_ 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

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



"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS					
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopédia		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: Braulio Wilson		IDADE:	SEXO: F ( ) M ( )	Nº do Prontuário	Data 15/02/2022
Bloco:	Enfermaria:	Leito: 0	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Socorro, moro	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Pequena Cirurgia					

Hospital Geral de Roraima ( )		Dados Adicionais:	
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	Marca:	QUANT
01	Fixador Externo 350 mm		

ORTOSINTESE INC. E COM. LTDA  
Tel.: 55(11)30494000  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350  
Ref. 4747/03 Lote: 19A003917  
Registro ANVISA: 10223710005

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA  
Tel.: 55(11)39484000  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 950  
Ref. 4747703 Lote 19L000999  
Registro ANVISA: 10220710006

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR:

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

[illegible]

QUANT

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

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





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

Nome: Barbosa Wilson Data de Nasc: 23/10/2001 Idade: 18 Setor/Leito: 16/02/2020  
Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim (X) Não Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim (X) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA						
Cirurgia Proposta:		Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR 0/10
<b>1. Informações:</b> Jejum ( ) Sim (X) Não Prétese ( ) 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: <b>2. Chegou ao Centro Cirúrgico:</b> ( ) Desambulando (X) Consciente ( ) Com Suporte de O2 ( ) TOT ( ) Agitado <b>3. Sinais Vitais:</b> T °C R rpm FC bpm PA mmHg SAT % <b>4. Anotações (Admissão do Paciente):</b> <u>Admitido para</u> <u>realizar pro-</u> <u>cedimento</u> <u>ortopédico.</u> <u>Informar que</u> <u>há ausência de</u> <u>Medo e Fome</u> <u>de pacientes</u> <u>novos</u> <u>em</u> <u>atendimento.</u>		<u>04:20</u>	<u>04:25</u>	<u>05:00</u>	<u>06:04</u>		<u>Rapida</u>	<u>Exatidão de</u> <u>Exatidão</u>	<u>0'</u>	<u>83</u>		<u>100</u>		<u>0</u>
<b>Hidratação Infundida</b> SF 0,9%: SG 5%: Outros: <b>N° de Compressas oferecidas:</b> <b>N° de Compressas recolhidas:</b> <b>Exames na SO:</b> ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) RX ( ) Gasometria ( ) Outros: <b>Legenda:</b> 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Mangueira PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Vendicise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT (X) Não ( ) Sim N° 12. SVD (X) Não ( ) Sim N° 13. Outros: <b>Sinais Vitais: Saída da SO</b> T °C R rpm FC bpm PA <u>92 x 52</u> mmHg SAT <u>93</u> % (X) Regular ( ) Irregular <b>Destino:</b> (X) SRPA ( ) UTI ( ) outros:		<u>Exatidão de</u> <u>Exatidão</u>	<u>Antibiótico</u> <u>Nome: Amoxicilina</u> <u>Dose:</u> <u>Plasma:</u> <u>Plaquetas:</u> <b>Anatomo Patológico:</b> (X) Não ( ) Sim N° Peças: ( ) Cultura ( ) Outros:	<u>Posicionamento</u> <u>Dorsal</u> <u>Hemoderivados</u> <u>CH:</u> <u>Plasma:</u> <u>Plaquetas:</u>	<u>0'</u>	<u>15'</u>	<u>30'</u>	<u>45'</u>	<u>1h</u>	<u>01:30 h</u>	<u>2 h</u>	Observações:		
<b>BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)</b>														
<b>Entrada</b>					<b>Saída</b>									
Medi	cação	CH	SNG/	Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros					
<b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)</b>														





LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Brayn Wilson  
Responsável Cirurgião: Dr. Celso

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:  
☒ Identidade  
☒ Sítio Cirúrgico  
☒ Procedimento  
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO  
☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO  
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ JOXIMENTRO 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: 10h40

ANTES DA INCISÃO

Anestesista: R.2 por nota

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 Aplica

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

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

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

[assinatura]  
Assinatura e Carimbo

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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA									
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA									
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA									
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN					
PACIENTE		BRUNO WILSON B. TRACIANI							
AGNOSTIC		RX EXPOSTA SUBTROCANTERIAN							
ALERGIAS		HAS		NEGA		DM2		NEGA	
IDADE		LEITO		DATA		16/01/20			
ITEM		PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE							SAD	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO							MATER	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N - 6/6 HS							18. 12 394	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H							06. 06.	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA								
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA //							NTF.	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 //							08.	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h							24. 7/12 12	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N							03. 08.	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H							03.	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H								
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							DORNA	
13	SSVV + CCGG 6/6 H							DIÁRIO	
14	CURATIVO DIÁRIO								
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: Pedro de S. Fausto  
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE > 180  
DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR/2025

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


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

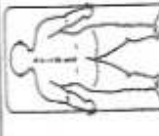

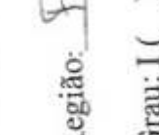
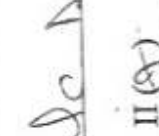
MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

P. V. V.



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -				
HGR	Paciente: Britan Wilson	Data: 10/21/2020			
	Leito: 601.2				

Localização			Região: Falso Nervo			Região:
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Grau: I ( ) II ( )	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Grau: I ( ) II ( )
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros		( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:		( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:		( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco		( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	
Solução de Limpeza	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: com creme esparadrapo	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: com creme esparadrapo		( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: com creme esparadrapo	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: com creme esparadrapo	
Troca	( ) 12/12	( ) 12/12		( ) 12/12	( ) 12/12	
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PA 507.095/TE	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PA 507.095/TE		Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PA 507.095/TE	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PA 507.095/TE	
Observações:						



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Bryan Wilson				
AGNÓSTICO	fratura exposta subscapular do fêmur				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	601-2	DATA	18/01/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTIDA
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H				08/10H
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				10
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				08
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				CENAS
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				12-30-04
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
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				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
14	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. Odinechi Okorini  
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, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x60	78		36,2
18 H	132x81	89		36,8
24 H	120x60	98		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				
AGNOSTIC	Ex. expet. subtraente. Jem (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				MAUTEL.
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SND.
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				16:16-22 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				16:16-22 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, SC 1x12h				16.
16					
17					
18					
19					
20	Ao Plano A				
21					

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

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

Dr. Marcos Aguiar  
16/02/2020

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

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA





BXF - HC

UAT

### RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 02.10.20  
PACIENTE: Breno 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:

Analgesia + Antibiótico

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Boa evolução, AAA, S/ importância em MMJJ,  
aguardando programação cirúrgica

Boa Vista, 02 de 02 de 2020 Hora:

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Dr. Pedro Di Giovanni  
CRM: 1615  
Coordenador NIR

CRM 1


CRM 1

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 \_\_\_\_\_

2 - CNES \_\_\_\_\_

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE \_\_\_\_\_

4 - CNES \_\_\_\_\_

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE BRAUN WILSON

6 - Nº DO PRONTUÁRIO 178450

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8981005810708593

8 - DATA DE NASCIMENTO 27/10/02

9 - SEXO Masc ☒ 1 Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Alicia Wilson

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_

12 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO) Rua Passaço

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 120000 15 - UF SP 16 - CEP \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Romção os membros as pernas e  
colunação as fratura transverial

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO fratura

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx + E. fr. h. w.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL fx femur (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 22 - CID 10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Cirurgia de fratura de femur (D)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_

26 - CLÍNICA \_\_\_\_\_ 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO \_\_\_\_\_

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Vitor Montenegro

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 27/10/20 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO Dr. Vitor Montenegro  
Traumatologia - Ortopedia  
Registro nº 868

**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 - COD. ORGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0408060360  
+847  
YR38

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 31/12/20 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

Alegr - 0408050098



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 31.03.2020

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

BRAN WILSON

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fr fêmur (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: \_\_\_\_\_

TIPO DE INTERVENÇÃO: RNS de fixador ext + tração transfixa

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: (MIO)

CIRURGIÃO: Vitor Montenegro

2º AUXILIAR: Fernando R3

3º AUXILIAR: Osmachi R3

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

INÍCIO: \_\_\_\_\_

1º AUXILIAR: Bruno Figueiredo

INSTRUMENTADORA: Den (R1)

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

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DA sob efeito Analgésico;
- 2) AA e CC3;
- 3) Rotina de fixador externo p/ fêmur de fêmur (D);
- 4) Colocação de tração transfixa
- 5) A RFA

Dr. Vitor Montenegro  
Traumato - Ortopedia  
CRM-RR 888

Bruno Vieira  
CRM 1231 RR  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia



### FICHA DE ANESTESIA

Brain Wilson

2 Encamido paciente SRPP



OK



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

NOME DO PACIENTE		Ida	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Bram Wilson			107-01		31/03/2021
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
RMS + Tracão transesquática em MID		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
(Sínus D)		16:30	16:35		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Tilzayara	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		R. Andreza	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
R. Fernando		CIRCULANTE		Quimela / Raimundo	
TI DE ANESTESIA: Raqui		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
7	COMPRESSAS C/ 03		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500ml	
11	PAQUOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	GUATA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	GUATA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	GUATA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	GUATA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
2	GUATAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M/G)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	GUATA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	GUATA DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	GUATA DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	GUATA DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERIGA 01ML			SURGICEL	
2	SERIGA 03ML			CERA P/ OSSO	
20	SERIGA 05 ML - Algodão Cirúrgico	10cm		KIT CATARATA Nº	
7	SERIGA 10ML		1	GEOFOAM	
1	SERIGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
2	Eletródios		± 50ml	OUTROS: Drenagem 21-	
1	Cartela de O <sub>2</sub>		± 10ml	Alcool 70%	
MATERIAIS E INSTRUMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALO	
ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB- TOTAL	
Carlos / Rebeca		TAXA DE SALA			
CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					





**"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"**

## CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Trocão Tromboquelética em MI	
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: Olegângela / Raimundo	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Fio de Staimann					

### Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT	
01	Fio de Starmann	01	

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2007

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Bruno Figueiredo

1º AUXILIAR: John W. Williams

INSTRUMENTADOR:

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

[illegible]

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: [cep@mail.hor.com](mailto:cep@mail.hor.com)





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



Nome: Brian Wilson  
Data de Nasc: 27/10/01 Idade: 19

Data: 31/03/20

Sector/Leito: 10401  
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	Posicionamento	Cirurgia	Anestesia	Localização	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR 0/10
15:57	16:07	16:10			Rogue	Dorsal	Rms + Dreno MS	Rogue	Rms + Dreno MS	0'						
1. Informações: Jejum (X) Sim ( ) Não Prótese ( ) Sim (X) Não Exames ( ) Sim (X) Não Reserva UTI ( ) Sim (X) Não Reserva Lateralidade (X) Sim ( ) Não PNE ( ) Sim (X) Não Alergia ( ) Sim (X) Não Qual: <u>Res</u> Reserva de Hemoderivado: ( ) Sim (X) Não Outros:				2. Chegou ao Centro Cirúrgico: ( ) Deambulando <u>CM</u> (X) Consente <u>CM</u> ( ) Com Suporte de O2 <u>CM</u> ( ) TOT ( ) Apitado				3. Sinais Vitais: T <u>36.5</u> °C R <u>73</u> bpm FC <u>73</u> bpm PA <u>91/60</u> mmHg SAT <u>95</u> % (X) Regular ( ) Irregular				4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Adm. em procedimento</u> <u>Dr. Roberto e enfermeira</u> <u>Intubado e cateterizado</u> <u>Alimentado e oxigenado</u> <u>Pré-anestésico</u> <u>Capnometria</u>				
5. Legendas: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Mangueira PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT ( ) Não ( ) Sim N° 12. SVD ( ) Não ( ) Sim N° 13. Outros:				6. Exames na SO: ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) RX ( ) Gasometria ( ) Outros:				7. Análise Patológica: N° de Compressas oferecidas: ( ) Não ( ) Sim N° de Compressas recolhidas: ( ) Não ( ) Sim N° Peças: ( ) Cultura ( ) Outros:				8. Balanço Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)				
9. Sinais Vitais: Saída da SO T <u>36.5</u> °C R <u>73</u> bpm FC <u>73</u> bpm PA <u>91/60</u> mmHg SAT <u>95</u> % ( ) Regular ( ) Irregular				10. Destino: PQ SRPA ( ) UTI ( ) outros:				11. Anotações de Enfermagem (Evolução/Alta do Paciente)								





ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Dr. Wilson  
Responsável Cirurgião Dr. Wilson

**ENTRADA ( Sala Pré Anestésica)**

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

RISCO CIRÚRGICO  
☒ Aplica ( ) Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO  
☒ Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:  
ALERGIA CONHECIDA  
☒ Não ( ) Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO  
☒ Não  
( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml  
☒ Não  
( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 31/09/2020 Assinatura Andréa Melo Lima Hora: 16:21

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Wilson

**PAUSA CIRÚRGICA ( Sala Operatória)**

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

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

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:  
☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:  
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

4- ☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:  
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.  
( ) Não se aplica  
( ) Sim, Qual: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

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

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

**SAÍDA ( Sala Pós Operatória)**

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
☒ Sim ( ) Não

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

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

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

☒ O 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

Revisão de 10/09/2020  
Andréa Melo Lima  
CBO 331.01/04 ENF



207-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE		BRUNA WILSON			
AGNOSTIC					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	DATA 31/03/2020		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				Manten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				20.02.00 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				20 06 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				Revisar
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	CETILAXONA Ag @ 02 12/12H				21: 12
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

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

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

**Bruno Vieira**  
CRM 1231 RR  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06 hora

PA=101/59

FC=71

T=36.2

medicações e SSVV

realizada c.p.m

Martelina Sampaio Ferreira  
COREN-RR 754419 TE





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

Eu Braim Wilson CPF nº \_\_\_\_\_

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

Declaro que:

1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguara 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 Retaguara;

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  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1733 RQE 876





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

107-1  
B1A

DATA: 30/03/20  
PACIENTE: 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<sub>3</sub>:     PH:     BE:     PO<sub>2</sub>:     PCO<sub>2</sub>:      
EAS:      
CULTURAS (    /     /    ):    

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

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

TERAPIA INSTITUÍDA:      
     
     
   

EVOLUÇÃO CLÍNICA:  
Procedimento agendado para amanhã (31/03) RMS + fratura  
Exames em anexo  
     
     
     
     
     
     
     
     
   

Boa Vista, 30 de 03 de 20 de 20. 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. Magalhães  
Assinatura/carimbo do Médico CRM     /      
Dr. Magda N. Magalhães  
Clínica Médica  
CRM-RR 544/RR





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



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

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

2 - CNES  
231965-9

4 - CNES  
231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
BRAIN WILSON

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
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  
140010

18 - UF  
RR

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA  
CIRURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
ELETIVO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
31/03/2020

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

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

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNIE 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

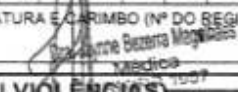

49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

☐ CNS ☐ CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES		
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES		
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO			
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
BRAIN WILSON	178950		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RAÇA/COR
898005870708593	27/10 01	Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Parda
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
ALICE WILSON			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
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			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
ORTOPEDIA		( ) CNS (X) CPF	9 4 1 8 1 4 6 2 2 3 4 - - -
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
JAYNE BEZERRA MAGALHÃES	10 / 04 / 2020		
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
( ) CNS ( ) CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
			



 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE <b>BRAUN WILSON</b>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>27/10/2002</b>	
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3		10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		18 - UF	
		19 - CEP	
<b>20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b>		<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>	
<b>Paciente com Fx Fêmur ①</b>			
<b>21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b>			
<b>As acima</b>			
<b>22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b>			
<b>Exame clínico + imagem</b>			
<b>23 - DIAGNÓSTICO INICIAL</b> <b>Fx Fêmur ①</b>		24 - CID 10 PRINCIPAL	
		25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>	
<b>INTERNAÇÃO</b>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>Don Assis</b>		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
		35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>Martin</b> Médico Registrado no Conselho Ortopedia e Traumatologia CRM - 19.40338	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TIPO		40 - Nº DO BILHETE	
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - SÉRIE	
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	
44 - CBOR			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
<b>46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b> <b>gustavo</b>		<b>AUTORIZAÇÃO</b>	
47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR <b>0308010019</b>		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <b>1023</b>	
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)	



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**  
**HOSPITAL DE CAMPANHA CAN**

[illegible]

26/10/80: Tinoco do Sul,  
 m. s. e., f. e. c. 20.  
 T. E.: Pontânia

Answers: 28

EVOLUÇÃO: PACIENTE MASCULINO, 18 ANOS, SEM COMORBIDADES, COM FX EM FEMUR D, COM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AGENDADO PARA O DIA 14/04/2020.	
CONDUTA: SUPORTE CLÍNICO	
<b>ESQUEMA DE INSULINA REGULAR</b>	
Até 200: 0	301 – 350: 06 UI
201 – 250: 02 UI	351 – 400: 08 UI
251 – 300: 04 UI	> 401: 10 UI <i>Chamar Plasmônista</i>
<b>GH 50% 40 ml EV, em <i>bolus</i>, se Glicemia &lt; 70 mg/dL</b>	

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





**HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO**

Leito 53

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


Dr. Carlos Henrique  
CRM-PR 2150

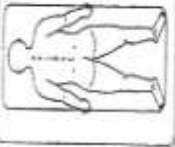
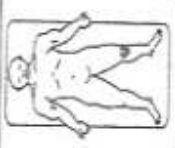





EVOLUÇÃO: RECEBO PACIENTE ENCAMINHADO DO HGR COM DX DE FRATURA DE FEMUR APÓS AGRESSÃO FÍSICA. NO MOMENTO, ESTÁVEL, E SEM QUEIXAS. NEGA COMORBIDADES.	
PEND: AGUARDA CONDUITA PELA ORTOPEDIA. CONDUITA: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO	
ESQUEMA DE INSULINA REGULAR	
Até 200: 0	301 - 350: 06 UI
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI Chamar Plantonista
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL.	

REGISTRO DE ENFERMAGEM				
SINAIS VITAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
PA	140/80			140/100
FC				
Tax	35.4			37.6
FR	20			20
Evacuação				
Diurese				
Dextro	155.			110mg/dL
Insulina				
Regular				
SNG				
Dreno				

22/04/2020 - adm.med-epm. afeto ssvv.  
segundo cuidado da  
enfermagem. Maria Antônia da  
AUX. de Enfermagem  
CRM 249.294




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

Localização			Região: <u>MI E</u>		Região: _____
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Trauma : <u>Tracão</u> <u>Fixador Externo</u> ( ) ortopedia ( ) Outro: _____		Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( )		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	( ) Normal ( ) Macerado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) 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 procedimento:	 Anne Karline Macedo Sousa Aux. em Enfermagem COREN-PR 483.549 - AE	 Juliana Gomes de Lima Auxiliar de Enfermagem COREN-PR 47402 - AE	 Carlos Roberto Coordenador de Enfermagem COREN-PR 389.803 - PR	 Carlos Roberto Coordenador de Enfermagem COREN-PR 389.803 - PR	
Observações:					



11/4/2020 06  
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
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				
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 DU/ML, OU COSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
 <b>Bruno Vieira</b> CRM 1231 RR Médico Residente Ortopedia e Traumatologia					
SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100x60	77		36.2	
12 H	100x60	89		36.3	
18 H	100x70			36.2	
24 H	100x60	80		36.2	

Diurese +  
evacuação

8h: post. lúcido, orientado  
e balizado, respirando em  
ambiente; AUP em MSE sem  
sinais flogísticos.  
Em dieta, nega queixa  
de náuseas, vômitos, febre, dor  
em membros de Ext. TE Rôm.





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	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	12/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				(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					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

farmácia não disponibiliza

CIRURGIA MARCADA P DIA 14/04

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	10x70	79	14	36,5
12 H	110x70	80	19	36,5
18 H	100x60	81	20	36,8
24 H	110x70	78	20	36,0


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

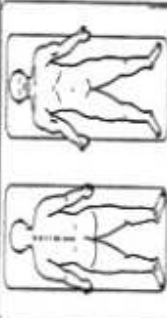


35: As 18:00 o paciente no leito e não tem medicação de horário exceto o item 11 sem intercorrência e segue as atividades de enfermagem.

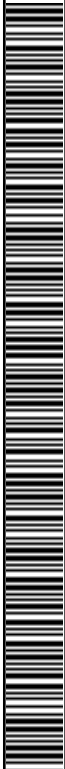
Joselyne de Souza Araújo  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 000 461 072



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	<b>Núcleo de Enfermagem em</b> <b>Tratamento de Feridas –</b> <b>HGR</b>	<b>Protocolo: 001</b>	<b>Versão: 08</b>	<b>Elaborada: 02/2013</b>	<b>Atualizada: 12/2018</b>	
		<b>Paciente:</b>	Brain Wilson			
		<b>Leito:</b>	52			
		<b>Data:</b>	12/04/2020			

Localização	Região:   	Região: _____
Etiologia	Região: <u>perna direita</u> Grau: I (X) II ( ) ( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <u>01</u> Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	Grau: I ( ) II ( ) ( ) 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 _____
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Macerado (X) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Sero sanguineo (X) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Sero sanguineo ( ) Seco ( ) Outro: _____
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>expe de chape</u>	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário <u>uma vez</u> <u>uma vez</u>	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Laísza Alves Mota</u> Téc. em Enfermagem CREF 1.747.478 - 11 CONEPAR 94.022 <u>Adonilde Vieira Araujo</u> Téc. em Enfermagem CREF 1.747.478 - 11 CONEPAR 94.022	<u>Salma Pugh F. da Silva</u> Téc. em Enfermagem CREF 1.747.478 - 11 CONEPAR 94.022
Observações:	_____	_____





52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	13/4/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO APÓS 22H				OBSERVAR
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				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	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. Bruna Vieira  
CRM 129478  
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

12:00h: Jtn 10 mais Jem no setor

SSV, arrefecidas


Reina Marcelle de S. Campello  
Téc. Enfermagem  
Rég. 001.001.001

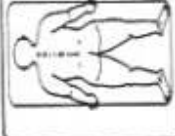

18h 120x70 85 SSVV + CCGG

pronta no leito  
estável p...  
febre - acido  
SSV



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas –	Paciente: <u>BRAIN WILLSON</u>			
	HGR	Leito: <u>52</u>			
	Data: <u>13/04/20</u>				

Localização		Região: <u>M.D</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	<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 : _____ Tração _____ 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 type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input 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 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: _____
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<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
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input 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: _____
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:	Maria de <u>Patricia N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 4419.708	Mônica Reis <u>Farias</u> Técnico em Enfermagem COREN-RR 00029.904	Jucileine <u>Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.564	Eliscléia <u>Correia</u> Técnico de Enfermagem COREN-RR 453.564
Observações:				



52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	14/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				NTF 16
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				NTF 16
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110/60	75		36,4°C
12 H	98/63	70		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  
Especialista em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2015

12:00h. Jtur H não tem no Seta  
57m, em A. Carlos

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


Raíza Marcelle de S. Campê  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 903.942 - TE

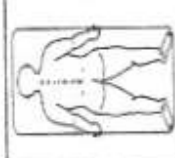

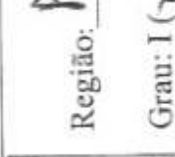
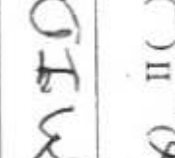



Lucineide A. Lima  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 866.340 TE

Adm. medicação cpm.  
paciente w/ queixas, está  
bem no período.



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <i>Grain J. Bon</i>	Data: <i>14/04/2020</i>		
Leito: <i>52</i>					

Localização				Região: <i>MTD</i>			Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma : <i>Q</i> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( )		Grau: I ( ) II ( ) <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : _____ Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) 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 ( ) Serossanguineo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____				
Quantidade de Exsudato	<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 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: _____		<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 ( ) 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h				
Profissional que realizou procedimento:	 Eliécida Cordeiro Enfermeira Registro Profissional nº 519-ENF		 Eliécida Cordeiro Enfermeira Registro Profissional nº 519-ENF				
Observações:							



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS		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				
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) 16 24
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	130x90	78		36.4	
12 H	11x7	-	-	36.4	
18 H	123x90	88		36.5	
24 H	160x10	73		36.3	

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

11: Paciente no leito, verificando S.V.  
não tem o antebraço e o braço aux. Roraima.



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente:

*Brain Nilson*

Leito:

*52*

Data: *15/04/2020*

Localização		Região: <i>perna direita</i>		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 type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" 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"/> ) <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"/> ) <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:
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> 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
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input 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:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<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
Solução de Limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input 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:	Adonildes Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RS 507 795/TE	Elisete Carvalho Gotado Garante de Nódulo Tratamento de Feridas Elisete Carvalho COREN-RS 1.347.478-TE		Elisete Carvalho Gotado Garante de Nódulo Tratamento de Feridas Elisete Carvalho COREN-RS 1.347.478-TE
Assinatura:				





52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	16/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN <del>24</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				8 <del>16/24</del>
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100/60	75		36,5°C	
12 H	100/60	80		36,5°C	
18 H					
24 H	100/60	80		36,5°C	

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

7as 13hs  
foi mantendo Traca. Não foi administrado  
medicacao das 8hs porque não tem  
na farmacia Tei

João Alves Barbosa Filho  
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia  
COREN/RR 1 431-TE



EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: BRANER WILSON

Leito: 52

Data: 16/04/20

Localização		Região: <u>MIO</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <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 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: _____	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 checked="" 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: _____
Quantidade 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
Solução de Limpeza	<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%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12	<input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12	<input type="checkbox"/> 12/12
Profissional que realizou procedimento:	<u>Mônica Reis Fortes</u> Téc. em Enfermagem COREN-RR 00829/104	<u>Bruno S. Pereira</u> Téc. em Enfermagem COREN-RR 618.358	<u>Elisleia Carvalhosa</u> Gerente do Núcleo Tratamento de Feridas Téc. em Enfermagem 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				17/4/20
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 VITAIS	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	

farmácia não disponibiliza

Junta AV P.  
com Glicose 22

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

12:00h. Feito SSUV. Item 11. não tem na farmácia.  
13:00 as 19: Gcm. med. CPMT+SSV + cuidados de enfermagem





EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Paciente: <u>Boian Wilson</u>	Data: <u>17/04/2020</u>
Tratamento de Feridas - HGR	Leito: <u>52</u>	

Localização		Região: <u>ME 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 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Trauma : Tração Fixador Externo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) ortopedia ( ) Outro:		( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : Tração Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( <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 procedimento:	 Maria de Fátima N. Viana Enfermeira C.R.E. 000.000.000-00		 Maria de Fátima N. Viana Enfermeira C.R.E. 000.000.000-00	
Observações:				




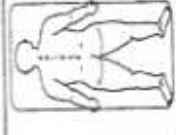


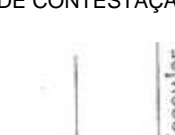



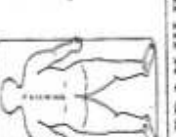


Dr. **Luiz do Santos da Silva**  
Especialista em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2015





# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

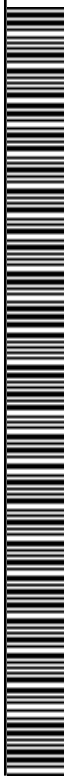
	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <u>Brain Wilson</u>	Data: <u>18/04/2020</u>		
Leito: <u>6.52</u>					

Localização		Região: <u>M.D</u>		Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I ( ) II ( )		Grau: I ( ) II ( )
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____			<input type="checkbox"/> 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: _____
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input 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: _____
Quantidade 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
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%			<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Larissa Alves Mota</u> Técnica em Enfermagem COREN-PR 403779/TE	<u>Adonilde Vieira Araujo</u> Técnica em Enfermagem COREN-PR 403779/TE	<u>Elisiete Carvalho</u> Gerente de Feridas Trabalha em Enfermagem COREN-PR 403779/TE	
Observações:				



52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS	NÃO	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	19/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				8.16(24)
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
<p>Dr. Bruno Vieira de Lima Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1231</p>					
SINAIS VITAIS	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		36.6	Correr/RR 001.033.751-TE
24 H	110/60	74	23	36.7	





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				13h - 16h
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				8 (16) 24 17h
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
23					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CIRURGIA 24/4 MANHÃ

Dr. Lauro Santos da Silva  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-RR 2015

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100x60	74		36,5
12 H	143x40	70		35,8
18 H	120/80	72		36,1
24 H	110x70	68		36,1

Obv - Paciente em repouso, sem queixas, observando o plano, segue os cuidados de enfermagem.

18h. Após 5SVV, administração medicamentosa, segue aos cuidados.

Jacqueline Maria de Aguiar  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 54997-TF



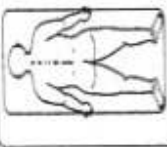

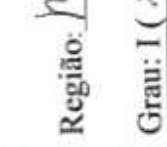


Dr. Celso S. S. Silva  
Raima Marcelle de S. Campello  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 903.342 - TE

Diomides Peixoto Silva  
COREN-RR 798.581 - TE



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas –				
	HGR				
Paciente: <u>Brayan Wilson</u>		Data: <u>20/04/2020</u>			
Leito: <u>52</u>					

Localização			Região: <u>M-L-D</u>		Região: _____
Etiologia	Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( )		Grau: I ( ) II ( )		
Aparência do Leito	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Trauma : <u>D</u> Tração <u>Fixador Externo</u> ( ) ortopedia ( ) Outro: _____		( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____		
Pele Perilesional	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____		( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____		
Tipo de Exsudato	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____		( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____		
Quantidade de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco ( ) Outro: _____		( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro: _____		
Solução de Limpeza	( ) Molhado ( ) Úmido ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco		( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco		
Cobertura primária	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		
Troca	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____		( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____		
Profissional que realizou procedimento:	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h		( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h		
Observações:	 Juceline Gomes de Lenc Enfermeira do Endoterapia Régina Helena 201		 Elisciela Carvalho Gotão Garanta de Núcleo Tratamentos e Feridas Régina Helena 201		



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS	NÃO	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	21/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
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				8:26 (24)
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
23					
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 2124

Bruno Vieira (Res Ortop)  
CRM/RR 1231


SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	130x90	72		36
12 H	130x90	78		36,1
18 H	130x90	81		36,1
24 H	135x95	80		36,8

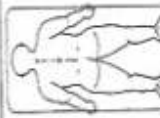






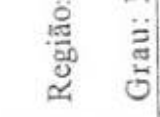


18h Afeto SSVV. ADM. as medicações CAM.  
Paciente sem queixas, após as cuidados  
da enfermagem!

Franciele Pereira de Silva  
COREN-RR 510238 - TE



# 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	Leito: <u>6.52</u>	Data: <u>21/04/2020</u>		

Localização											
Etiologia	Região: <u>MID</u> Grau: I ( ) II ( ) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <u>8</u> Tração <u>8</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Região: <u>MID</u> Grau: I ( ) II ( ) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <u>8</u> Tração <u>8</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Região: <u>MID</u> Grau: I ( ) II ( ) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <u>8</u> Tração <u>8</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Região: <u>MID</u> Grau: I ( ) II ( ) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <u>8</u> Tração <u>8</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Região: <u>MID</u> Grau: I ( ) II ( ) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <u>8</u> Tração <u>8</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Região: <u>MID</u> Grau: I ( ) II ( ) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <u>8</u> Tração <u>8</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Região: <u>MID</u> Grau: I ( ) II ( ) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <u>8</u> Tração <u>8</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Região: <u>MID</u> Grau: I ( ) II ( ) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <u>8</u> Tração <u>8</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Região: <u>MID</u> Grau: I ( ) II ( ) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <u>8</u> Tração <u>8</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Região: <u>MID</u> Grau: I ( ) II ( ) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <u>8</u> Tração <u>8</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	
Solução de Limpeza	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>esparadrapo</u>	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>esparadrapo</u>	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>esparadrapo</u>	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>esparadrapo</u>	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>esparadrapo</u>	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>esparadrapo</u>	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>esparadrapo</u>	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>esparadrapo</u>	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>esparadrapo</u>	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>esparadrapo</u>	
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Larissa Alves Mota</u> Técnica em Enfermagem COREN-PR 507 795/TE	<u>Adonilde Vieira Araujo</u> Técnica em Enfermagem COREN-PR 507 795/TE	<u>Adonilde Vieira Araujo</u> Técnica em Enfermagem COREN-PR 507 795/TE	<u>Adonilde Vieira Araujo</u> Técnica em Enfermagem COREN-PR 507 795/TE	<u>Adonilde Vieira Araujo</u> Técnica em Enfermagem COREN-PR 507 795/TE	<u>Adonilde Vieira Araujo</u> Técnica em Enfermagem COREN-PR 507 795/TE	<u>Adonilde Vieira Araujo</u> Técnica em Enfermagem COREN-PR 507 795/TE	<u>Adonilde Vieira Araujo</u> Técnica em Enfermagem COREN-PR 507 795/TE	<u>Adonilde Vieira Araujo</u> Técnica em Enfermagem COREN-PR 507 795/TE	<u>Adonilde Vieira Araujo</u> Técnica em Enfermagem COREN-PR 507 795/TE	<u>Adonilde Vieira Araujo</u> Técnica em Enfermagem COREN-PR 507 795/TE
Observações:											



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS	NÃO	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	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				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	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16h
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				NTF
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
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°
12 H	120/62	68		36,6°
18 H	129/84	76		36,9°
24 H	120/77	75		36,7°

Lael Silva (Res Ortop)  
CRM/RR 2025

Loami Viana (Res Ortop)  
CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)  
CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)  
CRM/RR 1231

Plantas matulinas secas 2.  
Ret alimado 1/15, realizada  
SSVV e medicação de higiene.


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

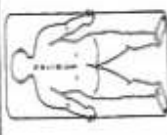


Maria do Rosário A. Vale  
Téc. em Enfermagem  
COREN/RR 156.431-TE

52



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -	Paciente: <i>BEANER WILSON</i>			
	HGR	Leito: <i>52</i>	Data: <i>22/04/20</i>		

Localização			Região: <i>MID</i> Grau: I <input checked="" type="radio"/> II <input type="radio"/>		Região: _____ Grau: I <input type="radio"/> II <input type="radio"/>
Etiologia	<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: _____				
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____				
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____				
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____				
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco				
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%				
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____				
Troca	( ) 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h				
Profissional que realizou procedimento:	<i>Marcelo S. Pereira</i> Técnico em Enfermagem COREN-RR 519-11				
Observações:	<i>Mônica Reis Barros</i> Técnico em Enfermagem COREN-RR 000529.004				



304-7

~~52~~

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA <b>Leito 304-7</b>					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	<b>BRAIN WILSON</b>				
DIAGNÓSTICO	<b>FX FEMUR D</b>				
ALERGIAS	NÃO	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	<b>52</b>	DATA	<b>23/4/2020</b>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ZERO A PARTIR DAS 22H				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				16 <sup>h</sup>
12	CURATIVO DIÁRIO				8 16 24 <sup>h</sup>
13					ROTINA
14					
15	AO HGR PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO AMANHÃ 24/04				
16	SOLICITO RESERVA DE SANGUE - 2 CH				
17					
19					
20					
22					
23					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

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

CIRURGIA 24/04 manhã

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

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	71	18	36,6°C
12 H	120x80	74		36,3°C
18 H	110x70	70		36,0°C
24 H	110x70	75	18	36,4°C

12h - Pct. no leito, sem queixas algicas, medicado com itam (11), apria  
85VV, retirado AVP vencido, Tentado nova punção sem sucesso

Planta de  
Medicação Ad-  
ministrada  
Conforme prescri-  
ção  
+ SSVV  
fec. bol. ora  
Lael Silva

As 17:00h - admitido proveniente do hospital  
próprio, os cuidados da ortopedia, paciente  
prontuário + solicitação de reserva sanguínea. Obs: não en-  
contrado solicitação de teste rápido pl HIV conforme in-  
formado no meio de registro do encaminhamento. Paciente



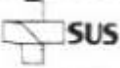
EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas -	Paciente: <u>Braian Wilson</u>			
	HGR	Leito: <u>52</u>	Data: <u>23/04/2020</u>		

Localização		Região: <u>MLD</u>		Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <u>Tração</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	Grau: I (X) II ( )		Grau: I ( ) II ( )
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (X) Seco ( ) Outro: _____			( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco			( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%			( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____			( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h			( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 Anele Karoline Macedo Sousa Ass. em Enfermagem COREN-RR 468.579-ENF	 Eliseteir Carvalho Gotardo Gerente de Enfermagem Tratamento de Feridas Enfermeira COREN-RR 468.579-ENF		
Observações:				



Anexo I

 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		<b>Identificação do Paciente</b>	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1    Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO	
		15 - UF	
		16 - CEP	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
fratura subtrocanterica de fêmur direito.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
fratura do crânio			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Ressonância e exame físico.			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
fx subtrocanterica de fêmur direito			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Ortopedia de fratura subtrocanterica de fêmur direito			
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			
Dr. Giovanni Di Lorenzo			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
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 - CBOE			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
( ) EMPREGADO    ( ) EMPREGADOR    ( ) AUTÔNOMO    ( ) DESEMPREGADO    ( ) APOSENTADO    ( ) NÃO SEGURADO			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
040805061-6 → 5722			
45 - DOCUMENTO			
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			





GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 24/10/2020 O.S. \_\_\_\_\_

Brain Wilho

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Enterólite sublingual

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Ortopedia de fômites

TIPO DE INTERVENÇÃO: Quirurgia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: 0

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0

CIRURGIÃO: Dr. Pedro De Oliveira 1º AUXILIAR: Dr. T. L. L.

2º AUXILIAR: Dr. Marcos (R3) INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: Dr. Roberto ANESTESIA: \_\_\_\_\_

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

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em DDH + Anestesia Geral + meio do tórax
  - (2) Anestesia + Antérgico + campo estéril.
  - (3) Incisão lateral + descolamento por plano do músculo de fômites.
  - (4) Durante a passagem do fio "K" sob um dos intermúsculos, a perfuradora pneumática quebrou, pedicou outro perfurador, tendo agido o perfurador com fio elétrico, a mesma não conseguiu a prova de curso do DCS, tentamos com o perfurador Straub, a mesma com problema com o giro lento, também não conseguiu a prova.
  - (5) Então em contato com o coordenador, e o mesmo em contato com a direção e conseguiram o perfurador do Hospital infantil.
  - (6) O paciente ficou aguardando a chegada do perfurador, houve hipotensão durante esse tempo.
- DVIRE





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

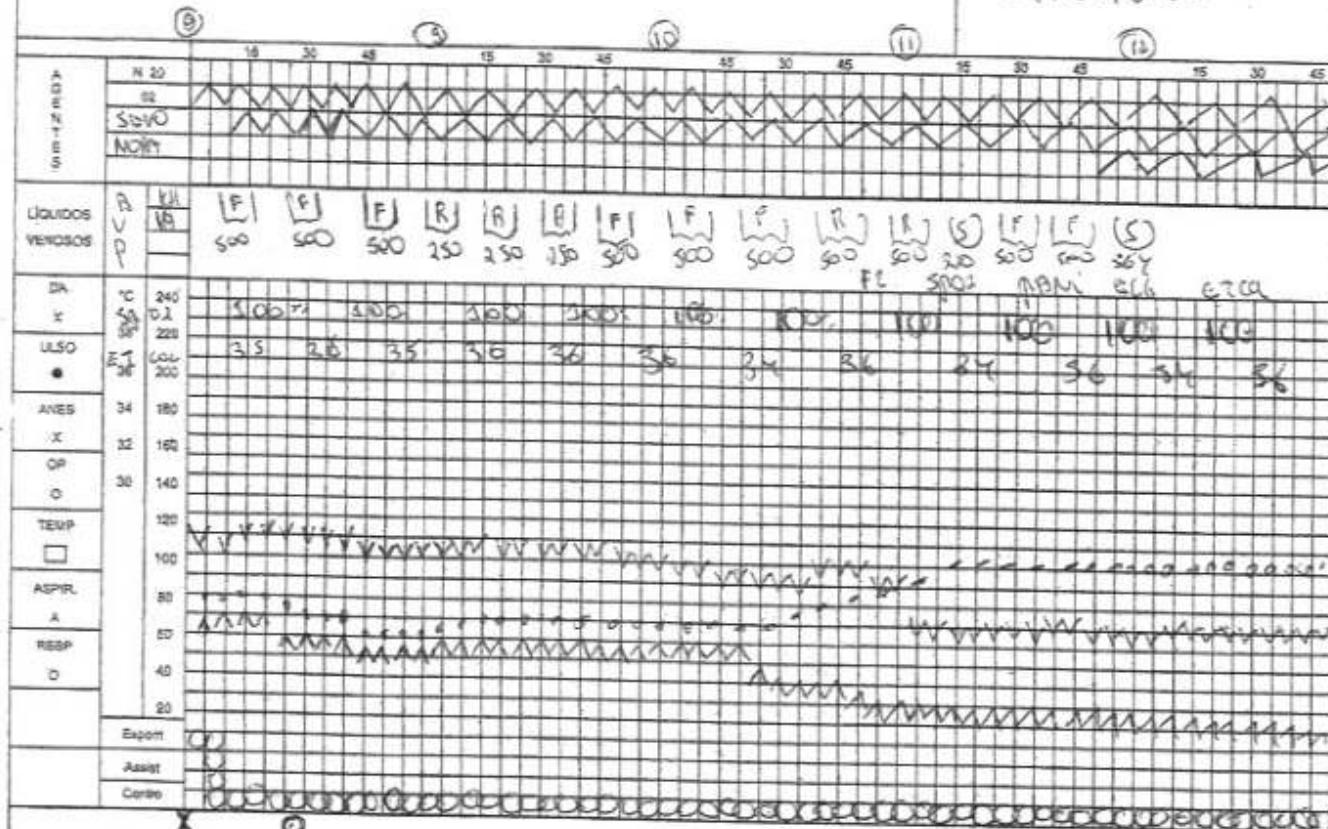
# FICHA DE ANESTESIA

Basim Wilson, 18 A

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

24104/2020



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanyl	300 µg	Anestesia Geral Indução	X - Check list: monitorização, oxigênio, pressão, vias
B Propofol	150 mg	100 JOT Reconhecido em	1 - 02 SOB máscara
C Rocuronium	50 mg	Via com observação de CRP	2 - Início anestesia 15 + 0
D Lidocaina	3 mg	+ Moderação do efeito	3 - JOT sob ventilação direta
E Ketorolaco	10 mg	Fentanyl	4 - Ajuste e confirmação do tubo
F Midazolam	10 mg		5 - Colar estabilizador
G Mivacurium	1 mg		6 - Intubação a 100%
GLICOSE	LÍQUIDOS	Céfalo - Naso / Oro Faringea	7 - Glicose com dose de 0
NDC		Naso / Orolingual - Cava	8 - Fentanyl 1g
SANGUE	700 ml	Bal - Temp - Calibre do Tubo	
SP O2	0.50	Sob Monitor	
TOTAL	800 ml	Dificuldade Técnica	
OPERAÇÃO	Osteossíntese de fêmur	TEMPO DE ANESTESIA	
ANESTESIA	Yasmin / 1000 A3	06:30 TH	
DÓCISO		06:30 TH	
PERDA SANGÜÍNEA			

Yasmin Singelux  
Anestesiologia  
CRM-RR-1699

CIRURGIÃO  
ILAN/1000

PERDA SANGÜÍNEA  
1500 ml





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

## FICHA DE ANESTESIA

*Armin Wilson, 180*

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº *2410412010*

*(13)* *(14)*

AGENTES

LIQUIDOS

GLICOSE

NOVO

SANGUE

TOTAL

OPERACAO

ANESTESIA

CODIGO

QUIRURGIAO

PERDA SANGUINEA

AGENTES

DOSES

TECNICA

ANOTAÇÕES

GLICOSE

LIQUIDOS

Cânula - Nasal / Oro Faringea

Nasal / Orolingual - Cava

Sai - Temp - Calibre do Tubo

Selo Mascara

Dificuldade Técnica

TEMPO DE ANESTESIA

LERANGO - Espasmo - Excesso Secre

Depressão Respiratória - Hipoxia

"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Anemia

Braditardia - Choque

ICSMAR SINDAIA

Anestesiologia

CRM-RR 1699







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		10-184	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
DRAIN WILSON		504.-	1-219	24 / 12 / 20	
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
OST. FMT. SUBTRAÇÃO (5)			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
			8:45		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA		DR. YTO MUR	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		23. JOSE	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
DR. WILSON / R3. MARGOS		CIRCULANTE			
R3. PEDRO + R1. BARRA		QUARDE + BAHIA			
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO FEMURAL +			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS GELAL	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	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	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 TAMM			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 20		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº 18	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº Propis		1	FIO PROLENE Nº 4/0	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDAN Nº 4/0	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML gortia		1	SURGICEL ELETROCOAG	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML macedos		1	CERA P/ OSO CATETER 02	
	SERINGA 05 ML		20-2	KIT CATARATA Nº 1000 707	
	SERINGA 10ML		20-2	GEOFOAM DEGERMANTE	
	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA S/UMA POLETA Nº 1	
	TOT C/ CUFF Nº 8		1	OUTROS: Balsa de. Uruca	
SONDA ASP. Nº 16			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		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		M: Grande e Bahid	TAXA DE ANESTESIA		
		T: Searro e Robson	SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS									
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			Especialidade: ORTOPEDIA				Procedimento Realizado: OST. FMT. SUBTACOMÉICA		
Nome do Paciente: BRAN WILSON			IDADE: 18	SEXO: F ( ) M (x)		Nº do Prontuário 17219		Data 24/01/20	
Bloco: C	Enfermaria: 304		Leito: 7	Nº da Sala 4		Circulante de Sala: OVARDE / BAHIA			
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: SDQ 2 SDC									
Dados dos materiais/Serviço									
Hospital Geral de Roraima									

Dados dos materiais/Serviço		
Hospital Geral de Roraima ( )	Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT
01	Placa D.C.S com 8 parafusos	4
02	Parafuso alongado Nº 82	4
03	" Parafuso Nº 55	4
04	" Cortical Nº 32	0
05	" Cortical Nº 36	0
06	" Cortical Nº 38	0
07	" Cortical Nº 54	4

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

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Idelson

1º AUXILIAR: Dr. N. L. F.

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

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Dalton

1º AUXILIAR: On. Bruno Goulart

INSTRUMENTADOR: Dr. Marcos Aguiar + Dr. Pedro Fausto R. + Dr. Bruno Vird R.

Empresa ( ) Nome da Empresa: SÍRIUS ( ) / SÍNTHESE ( ) / QUANTUM ( ) Marca: ATHENA ( ) / MACON ( )

ITEM

Empresa ( )

Nome da Empresa: SÍRIUS  
ATHENA ( ) / MACON ( )

Marca

ITEM

DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1.000	1.000	1.000	1.000
2.000	2.000	2.000	2.000
3.000	3.000	3.000	3.000
4.000	4.000	4.000	4.000
5.000	5.000	5.000	5.000
6.000	6.000	6.000	6.000
7.000	7.000	7.000	7.000
8.000	8.000	8.000	8.000
9.000	9.000	9.000	9.000
10.000	10.000	10.000	10.000
11.000	11.000	11.000	11.000
12.000	12.000	12.000	12.000
13.000	13.000	13.000	13.000
14.000	14.000	14.000	14.000
15.000	15.000	15.000	15.000
16.000	16.000	16.000	16.000
17.000	17.000	17.000	17.000
18.000	18.000	18.000	18.000
19.000	19.000	19.000	19.000
20.000	20.000	20.000	20.000
21.000	21.000	21.000	21.000
22.000	22.000	22.000	22.000
23.000	23.000	23.000	23.000
24.000	24.000	24.000	24.000
25.000	25.000	25.000	25.000
26.000	26.000	26.000	26.000
27.000	27.000	27.000	27.000
28.000	28.000	28.000	28.000
29.000	29.000	29.000	29.000
30.000	30.000	30.000	30.000
31.000	31.000	31.000	31.000
32.000	32.000	32.000	32.000
33.000	33.000	33.000	33.000
34.000	34.000	34.000	34.000
35.000	35.000	35.000	35.000
36.000	36.000	36.000	36.000
37.000	37.000	37.000	37.000
38.000	38.000	38.000	38.000
39.000	39.000	39.000	39.000
40.000	40.000	40.000	40.000
41.000	41.000	41.000	41.000
42.000	42.000	42.000	42.000
43.000	43.000	43.000	43.000
44.000	44.000	44.000	44.000
45.000	45.000	45.000	45.000
46.000	46.000	46.000	46.000
47.000	47.000	47.000	47.000
48.000	48.000	48.000	48.000
49.000	49.000	49.000	49.000
50.000	50.000	50.000	50.000
51.000	51.000	51.000	51.000
52.000	52.000	52.000	52.000
53.000	53.000	53.000	53.000
54.000	54.000	54.000	54.000
55.000	55.000	55.000	55.000
56.000	56.000	56.000	56.000
57.000	57.000	57.000	57.000
58.000	58.000	58.000	58.000
59.000	59.000	59.000	59.000
60.000	60.000	60.000	60.000
61.000	61.000	61.000	61.000
62.000	62.000	62.000	62.000
63.000	63.000	63.000	63.000
64.000	64.000	64.000	64.000
65.000	65.000	65.000	65.000
66.000	66.000	66.000	66.000
67.000	67.000	67.000	67.000
68.000	68.000	68.000	68.000
69.000	69.000	69.000	69.000
70.000	70.000	70.000	70.000
71.000	71.000	71.000	71.000
72.000	72.000	72.000	72.000
73.000	73.000	73.000	73.000
74.000	74.000	74.000	74.000

QUANT

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

2 VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

OPME/CME

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Fone: (00r95) 2121 0637  
E-mail: [enr@hgrmail.com](mailto:enr@hgrmail.com)





Nome: Blain Wilson

Data de Nasc: 27 / 10 / 2001 Idade: 18 Setor/Leito: 20407

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

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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA						
Cirurgia Proposta:		Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia		Cirurgia		Sinais Vitais			
Informações:		Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
1. Informações:		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
Jequim ( ) Sim ( ) Não		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
Prótese ( ) Sim ( ) Não		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
Exames ( ) Sim ( ) Não		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
Reserva UTI ( ) Sim ( ) Não		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
Lateralidade ( ) Sim ( ) Não		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
PNE ( ) Sim ( ) Não		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
Alergia ( ) Sim ( ) Não		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
Qual: <u>100%</u>		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
Reserva de Homodrenado:		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
( ) Sim ( ) Não		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
Outros: <u>02 CAT</u>		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
2. Chegou ao Centro Cirúrgico:		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
( ) Deambulando		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
( ) Consciente		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
( ) Com Suporte de O2		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
( ) TOT		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
( ) Agitado		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
3. Sinais Vitais:		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
T: <u>36,5</u> °C		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
R: <u>14</u> rpm		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
FC: <u>74</u> bpm		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
PA: <u>120 x 80</u> mmHg		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
SAT: <u>100</u> %		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
( ) Regular ( ) Irregular		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
4. Anotações (Admissão do Paciente):		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
<u>At 06:30h - Admissão</u>		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
<u>pet na sala em pré</u>		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
<u>operatório de Fratura</u>		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
<u>de Femur 1, 2, 3</u>		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
<u>alergia medicamentosa</u>		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
<u>e pomegranada</u>		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
<u>Negou sintomas qui-</u>		Cirurgia Realizada		Posicionamento		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	







ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

**ENTRADA (Sala Pré Anestésica)**

PACIENTE CONFIRMOU:  
☒ Identidade  
☒ Sítio Cirúrgico  
☒ Procedimento  
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO  
☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO  
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:  
ALERGIA CONHECIDA  
☒ Não ☐ Sim, Qual:

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

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

Data 24/01/20 Assinatura [assinatura] Hora: 13

ANTES DA INCISÃO

Anestesista D. V. S. V.

**PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)**

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

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

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:  
☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:  
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:  
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.  
☐ Não se aplica  
☒ Sim, Qual: Aplica-se Hora: 13

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 AGULHA ESTÃO CORRETAS  
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

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

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

Assinatura e Carimbo  
[assinatura]  
Carimbo: Assinatura e Carimbo



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Blair				
AGNÓSTIC	Gr. Lúcio Canomza (A)				
ALERGIAS					
IDADE		HAS	NEGA	DM2	NEGA
ITEM		LEITO		DATA	24/04/2020
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	CAPSULAS 4 (E) 12/24				
16	OXACILINA 4 (E) 4/4H				
17					
18					
19					
20					
21					

**SE DIABÉTICO** CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA:  
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E 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	BRAN				
AGNÓSTICO	XX Substâncias (D)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	24/04/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H (8/6H)				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H (8/6H)				
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) 14/14H				
16	OXACURIN 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

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA





## PEDIDO DE PARECER



Unidade: HGR  
Nome: Bruno Wilson  
Idade: 18a REGISTRO: \_\_\_\_\_  
Bloco: 02 Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
UTI: \_\_\_\_\_ EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

De: Anestesiologia

Para: UTI

paciente, jovem, foi submetido a cirurgia de osteossíntese  
de fratura de fêmur D com necessidade de transfusão  
volêmica após sangramento estimado 1500 ml  
indobado, sob normotensão em RIG 20 ml/h compressão  
hemodinâmica  
solto up em uti. Gato

21-04-2021

Data

José Battenbender  
Médico Residente em Anestesiologia  
CRM-RR 1897

Médico(a)

Data

medico





## ADMISSÃO MÉDICA



UTI-02

not.  
COVID-19  
AUG

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 Corticoide (X) Imunossupressão ( ) Câncer locorregional: (Adenocarcinoma de Córdia) ( ) Câncer Metastático Onde?

positivos invasivos na admissão:

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

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

### Relatório Admissional

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

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

Pupilas Médias porém fotorreagentes;

Neurológico: Glasgow 3/ RASS -4

RC: Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas s/s

MV + bilateral s/RA. Saturando 96%

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

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


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

### CONDUTA:

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


Dr. Messias Neto  
Médico





GOVERNO  
DE PERNAMBUCO

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA II



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



SIC MATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFER. IEM. UTI  
NOME: Maivan Wilson IDADE: 18 DATA: 20/04/20 LEITO: 18 DE: 18

HD: 18  
Isolamento de contato/respiratório: ( ) Sim (X) 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: 6

AValiação PUPILAR

( ) Reagente	( ) Não reagente
( ) Normal	(X) Média fina
( ) Isocônicas	( ) Anisocônicas
( ) Mióse	( ) 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	

Score: 6

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

ESCALA DE BRADEN

Percepção Sensorial		Atividade		Nutrição		Umidade da Pele		Tensão da Pele		Movimento		Reflexos	
4	Percepção sensorial	4	Atividade	4	Nutrição	4	Umidade da Pele	4	Tensão da Pele	4	Movimento	4	Reflexos
3	Percepção sensorial	3	Atividade	3	Nutrição	3	Umidade da Pele	3	Tensão da Pele	3	Movimento	3	Reflexos
2	Percepção sensorial	2	Atividade	2	Nutrição	2	Umidade da Pele	2	Tensão da Pele	2	Movimento	2	Reflexos
1	Percepção sensorial	1	Atividade	1	Nutrição	1	Umidade da Pele	1	Tensão da Pele	1	Movimento	1	Reflexos
	Nenhuma		Nenhuma		Nenhuma		Nenhuma		Nenhuma		Nenhuma		Nenhuma

Score Final: 12

SISTEMA RESPIRATÓRIO

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR

( ) Rítmico	(X) Arritmico	( ) Cheio	( ) Filiforme
Ausculta cardíaca: <u>2</u> tempos	( ) 3 tempos	Local: <u>fevereiro</u>	

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

Acesso Venoso Central: ( ) Sim (X) Não Data: 20/04/20 Local: ICU

Acesso Venoso Periférico: ( ) Sim ( ) Não Data: 20/04/20 Local: ICU

Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não

Semirrigimento: ( ) Sim (X) Não Local: ICU

Hemotransfusão: ( ) Sim (X) Não - ( ) CH ( ) PF ( ) PLAQUETAS QUANTIDADE

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Alimentação da dieta: ( ) Sim (X) Não ( ) Parcial ( ) Total

( ) VO ( ) NPT ( ) GTT ( ) SNG - Data: 20/04/20 ( ) SNE - Data: 20/04/20

Ruidos hidroaéreos: ( ) Presentes ( ) Ausentes 5+/sauda

Abdome: ( ) Normal ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Flácido ( ) Tenso

Eliminação: ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Meleno

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

Diurese: ( ) Espontânea (X) SVO ( ) Uropen ( ) Oostomia

( ) Colúria ( ) Polaciúria ( ) Disúria ( ) Oligúria ( ) Anúria ( ) Hematúria

( ) Odor ( ) Edema ( ) Lesões - Local

Coloração: ( ) Limpa ( ) Concentrada ( ) Sedimentada

Secreções: ( ) Sim - Aspecto ( ) Não Higiene: ( ) Satisfatória ( ) Precária

CURATIVOS E DRENOS

Região: CC

Características: CC

Produto: CC

Região: CC

Características: CC

Produto: CC

Dreno: Local CC Volume CC Tipo: Olas

Secreção: CC

ÚLCERA POR PRESSÃO

Região: Secal Estágio 2a

Região: Secal Estágio 2a

INTEGRIDADE CUTÂNEA

( ) Febril ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Ictérica ( ) Cianótica

( ) Hipocorada ( ) Pele fria e sudoreica ( ) Anasarca ( ) Rubor ( ) Palidez

( ) Petéquias - Local ( ) Edema - Local

ENFERMEIRO(a): Caliane Ferreira





## 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	22 - 20	Glicemia	273

Prescrição médica sendo seguida? ( ) sim ( ) não

• Medicação em falta:

• Medicamentos não checados:

### INTERCORRÊNCIAS

#### CARDIOVASCULAR:

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

#### RESPIRATÓRIO:

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

#### GASTROINTESTINAL:

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

RENAL: 150 ml

Diurese últimas 6h: <u>      </u> ml/kg/h <input type="checkbox"/> IRA KDIGO <u>      </u>	Estimulação? <input type="checkbox"/> Hidratação? <input type="checkbox"/> Diurético? Outro: <u>      </u>
---	---

#### NEUROLÓGICO:

Sedação? <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não RASS: <u>(-4)</u> ECG: <u>      </u> 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: <u>      </u> mm E: <u>      </u> mm RFM: <u>      </u>
--	---	---	--

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



## FICHA DE GASOMETRIA

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:         

JA	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:					

TARDE	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 BAHIA  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
BALANÇO HÍDRICO

NOME: (W.D.) Moian 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	Agua/med	DIURÉTICO	DIURÉTICO 1	DIURÉTICO 2	DIURÉTICO 3	Exatidão	SNG/E	MOD.	FDI	FR	VOL	P.LIM
07h00min - 12h00min Líquidos Administrados: ( ) XCH ( ) Plasma ( ) Plaquetas Líquidos Eliminados: ( ) JHD UF: ( ) 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: ( ) JHD UF: Enfermeiro: <u>Amilinda</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: ( ) JHD UF: Enfermeiro: _____																				

Total: Líquidos Administrados: +4110 Líquidos Eliminados: -1400 Balanço Parcial: 2710 Balanço final: +2710 Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
CORREN-PR-148217 - ENF



FICHA DE REGISTRO DE HEMOCOMPONENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: BRAUN WILSON

DATA DE NASCIMENTO: 27/10/2001

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE			
DATA: <u>27/10/2020</u>			
Nº BOLSA: <u>0414200323010</u>	VOLUME: <u>285 ml</u>		
BOLSA: ABO: <u>0</u>	FATOR Rh: <u>+</u>		
PACIENTE: ABO: <u>0</u>	FATOR Rh: <u>+</u>		
SINAIS VITAIS:			
INICIO: <u>11:10</u> h. T: <u>-</u>	PA: <u>90x43</u>	P: <u>124</u>	FR <u>-</u>
MEIO (15MIN): <u>11:25</u> h. T: <u>-</u>	PA: <u>82x34</u>	P: <u>118</u>	FR <u>-</u>
FIM: <u>11:50</u> h. T: <u>-</u>	PA: <u>80x31</u>	P: <u>116</u>	FR <u>-</u>
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: _____			
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: _____ COREN _____			

João Alves de Siqueira  
Inc. Enfermagem  
COREN-RR 904.179

José Buttendender  
Médico Residente em Anestesiologia  
CRM 18.1897

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE			
DATA: <u>27/10/2020</u>			
Nº BOLSA: <u>0414200323022</u>	VOLUME: <u>264 ml</u>		
BOLSA: ABO: <u>0</u>	FATOR Rh: <u>+</u>		
PACIENTE: ABO: <u>0</u>	FATOR Rh: <u>+</u>		
SINAIS VITAIS:			
INICIO: <u>11:30</u> h. T: <u>-</u>	PA: <u>110x43</u>	P: <u>126</u>	FR <u>-</u>
MEIO (15MIN): <u>11:55</u> h. T: <u>-</u>	PA: <u>81x33</u>	P: <u>126</u>	FR <u>-</u>
FIM: <u>12:50</u> h. T: <u>-</u>	PA: <u>82x30</u>	P: <u>126</u>	FR <u>-</u>
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: _____			
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: _____ CRM: <u>José Buttendender</u>			

José Buttendender  
Médico Residente em Anestesiologia  
CRM 18.1897

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE			
DATA: <u>1/1/</u>			
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: _____			
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: _____ COREN _____			

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE			
DATA: <u>1/1/</u>			
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: _____			
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: _____ COREN _____			

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



24.04.2020  
Braulio Wilson  
01419494040015

192  
+

22:00  
22:50

36,4  
36,3  
36,5

151/96  
157/96  
155/98

22  
17  
24

M. J. Almeida  
Bail. Domínio da C. Neta  
COREN-RR 148.217 - ENF

25.04.2020  
Braulio Wilson  
01419494040010

173  
+

03:37  
03:59  
04:05

36,5  
36,5  
36,6

188x97  
183x96  
178x81

18  
18  
18

M. J. Almeida  
Bail. Domínio da C. Neta  
COREN-RR 148.217 - ENF

24.04.2020  
Braulio Wilson  
0141949404002

176  
+

22:51  
23:06  
23:25

36,5  
36,5  
36,5

159x92  
158x93  
177x93

24  
16  
15

M. J. Almeida  
Bail. Domínio da C. Neta  
COREN-RR 148.217 - ENF

25.04.2020  
Braulio Wilson  
0141949404004

186  
+

04:09  
04:25  
04:40

36,6  
36,6  
36,6

135x80  
126x76  
151x89

18  
18  
18

M. J. Almeida  
Bail. Domínio da C. Neta  
COREN-RR 148.217 - ENF





GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE SAÚDE  
LABORATÓRIO DE DIAGNÓSTICO E REFERÊNCIA

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

### Resultado de Exame

Amostra: 2017501302

### COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Metodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

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

### Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa 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  
Endereço: 2121 0040-  
E-mail: hgr@hgr.gov.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 5300 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU

GOVERNO  
DE RORAIMA





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
LABORATÓRIO DE QUÍMICA CLÍNICA

Paciente: **Brain Wilson**

Solicitação: 20175013

Número Interno:

Sexo: Masculino

Nasc: 27/10/2001

Idade: 18 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Setor: UTI 2

Leito: 18

Data de Emissão: 24/04/2020 17:23

Recebimento:

Amostra: 2017501301

### Resultado de Exame

## DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÇÕES

Material: SORO

Métodologia: M03 - Colorimétrico (díazot)

BILIRRUBINA TOTAL

Resultado

3.97 mg/dL

Referência

0.1 - 1.2 mg/dL

BILIRRUBINA DIRETA

2.55 mg/dL

0.0 - 0.4 mg/dL

BILIRRUBINA INDIRETA

1.42 mg/dL

0.1 - 0.8 mg/dL

### Notas

- 1º O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios diagnóstico bioquímicos e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;
- 2º Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas;
- 3º Este exame sofre grande influência de Hemólises, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil;

## DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

1.02 mg/dL

Referência

0.7 - 1.4 mg/dL

### Notas

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

## DOSAGEM DE FÓSFORO SÉRICO

Material: SORO

Métodologia: M14 - Molibdato

FÓSFORO

Resultado

8.77 mg/dL

Referência

2.5 - 4.8 mg/dL

## DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

227.39 mg/dL

Referência

60.0 - 99.0 mg/dL

## DOSAGEM DE MAGNÉSIO SÉRICO

Material: SORO

Métodologia: M20 - Mann Yoe

MAGNÉSIO

Resultado

sem kit mg/dL

Referência

1.6 - 2.6 mg/dL

Roberta Silva Rizzo  
Bioquímico  
CRF-RR 713

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

25/04/2020 07:35

(\*) Retificado

Página 1 de 2



Hospital Geral de Roraima  
Doc 953 2121 0040  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br  
Av. Engenheiro Eduardo Gomes, 3308  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA





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

Amostra: 2017501303

### Resultado de Exame

## HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

### LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	31.39 x10 <sup>9</sup> /uL	4.0 - 10.0 x10 <sup>9</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>9</sup> /uL	150.0 - 400.0 x10 <sup>9</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  
060557 2121 0840  
E-mail: hgr@hgr.rr.gov.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3303 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA



UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA II			
GOVERNO DE RORAIMA		Brain Wilson, 18 anos, 75kg	
NOME:	18	Data:	25/04/2020
Diagnósticos: Choque Hipovolêmico/Osteossintese 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 PO (22) (22) (22)	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)	18 PO	TABELA DE CORREÇÃO GLICÊMICA
5	Fentanil 50 ml IV BIC	BIC	151 - 180
6	Midazolam 50 ml IV BIC	BIC	181 - 210
7	Noradrenalina 04 amp + SG 5% 100 ml IV BIC	BIC	211 - 240
8	Omeprazol 40 mg IV 1x/dia	18 PO	241 - 270
9	Metoclopramida 10 mg IV 08/08 hrs	18 PO	271 - 300
10	Dipirona 02 ml IV 04/04 hrs SN	18 PO	301 - 330
11	Transamin 1 g + SF 0,9% 250 ml IV 08/08 hrs	18 PO	> 330
12	Gluconato de cálcio 10% 20 ml + SF 0,9% 100 ml ACM	ACM	AVISAR PLANTONISTA
13	PFC 02 UN IV 08/08 hrs	18 PO	Fazer GH 50% 40ml EV
14	Glicemia capilar 04/04 hrs	18 PO	Evolução da especialidade médica responsável
15	Hipromelose 0,5% 1 gt em cada olho de 04/04 hrs	18 PO	1. Avaliação Geral:
16	Cebeceira elevada a 30°	18 PO	2. Sugestão de Conduta:
17	Anotar diâmetro pupilar 04/04 hrs	18 PO	3. Planejamento Terapêutico:
18	Manter PAM > 75 mmHg	18 PO	
19	Manter Paciente aquecido	18 PO	
20	Dieta Zero até segunda ordem	18 PO	
21	SF 0,9% 500 ml IV 04/04 hrs	18 PO	
22	Desmefazina 100 mg IV 04/04 hrs	18 PO	
23	S.H. A. Wilson (E)	18 PO	
24		18 PO	
25		18 PO	
26		18 PO	
27		18 PO	
28		18 PO	
29		18 PO	
30		18 PO	
31		18 PO	
32		18 PO	



SIC LATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

NAME: Bryan Wilson

 $\text{HO:}$ 

GRADE: 18

DATA: 25.04.20 LEITO: 18

10

Isolamento de contato/respiratório: ( ) Sim ☒ Não

PERÍODO: ( ) MATUTINO ( ) VESPERTINO ( ) NOTURNO

ESCALA DE RAMSAY

( ) Reagente	( ) Não reagente
( ) Normal	( ) Média fixa
( ) Isocóricas	( ) Anisocóricas
( ) Míose	( ) Mídrise
( ) O+E	( ) E>O

Acesso Venoso Central: ( ) N30  
 Acesso Venoso Periférico: ( ) N30  
 Local: Subclava S  
 Data: 1/1  
 Local: 1/1

## SISTEMA GASTROINTESTINAL

Apreciação da dieta:		( ) Sim	( ) Não	( ) Parcial	( ) Total
( ) VO	( ) NBT	( ) Sim	( ) Não	( ) Parcial	( ) Total

Ruidos hidroaéreos: ( ) Presentes ( ) Ausentes

Adome:	( ) Normal	( ) Distendido	( ) Flácido
Limboação:	( ) Normal	( ) Distendido	( ) Flácido

Constipação	( )	Diarréia	( )	Melena	( )
-------------	-----	----------	-----	--------	-----

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

[illegible]

Colúria	( ) Polactúria	( ) Disúria	( ) Oligúria	( ) Anúria
---------	----------------	-------------	--------------	------------

Qual coloração:	( ) lesões - Local ( ) Concentrado
--------------------	---------------------------------------

excreções: ( ) Sim - Aspecto \_\_\_\_\_  
 (X) Com água \_\_\_\_\_  
 (X) Não Higiene: (X)

CURATIVOS E PREVENÇÃO

CONVENCIONES E DIFERENCIAS

Characteristics: AVC

Produto: SF

Endereço: FO Lima D

características: Sanguinolento con puntos  
rojo: (Fm. 1a)

erno: Local

:op\$an

**INTERIOR DESIGN**

Nome Fernando Estágio - Rua/Só

Nome João Estágio 5º

INTEGRIDADE CUTÂNEA

Feonil	<input checked="" type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Clamótica
Hipocorada	<input type="checkbox"/> Pele fria e sudorosa				

Petéquias - Local \_\_\_\_\_ ( ) Anasarca: ( ) Rubor ( ) Palidez

1-1000000

Figure 1



(4A)

mente, conforme MP nº 2.200-2/2001

[vanna@ao.nesie.eim.mups://profur.tfi.jus.pl/profuri](https://profur.tfi.jus.pl/profuri) - IXXXXXXXXXXXXX FJDD3 KLN34 IQC33 KLBW

avaliação deste em <https://projeto.iqij.us.br/projeto/> - IDEFINICADOT. FJDD3 KLN34 IQC33 KLBW I





## 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	4 febril	SpO <sub>2</sub>	100-48
FC	114-86	PVC	
PAM	131-27	PIA	
FR	20-14	Glicemia	132-100

Prescrição médica sendo seguida? ☐ sim ☒ não

• Medicação em falta:

haptanilina

• Medicamentos não checadas:

### INTERCORRÊNCIAS

#### CARDIOVASCULAR:

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

#### 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: <u>nao</u>	Hipoxemia? Causa: <u>nao</u> Tto: <u>nao</u>	<input type="checkbox"/> Desconforto Res? <input type="checkbox"/> Broncoespasmo? <input type="checkbox"/> Congestão? <input type="checkbox"/> SARA? <input type="checkbox"/> Rolha? Outro: <u>nao</u>	PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> : <u>680</u> Ajustes: <u>VC 430-410</u> <u>FR 15-12</u>
--	---	--	---	---

#### GASTROINTESTINAL:

Dieta instalada? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não. Motivo? <u>nao</u>	<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: <u>1200</u> ml/kg/h <input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> IRC KDIGO <u>nao</u> <input type="checkbox"/> TRS	Estimulação? <input type="checkbox"/> Hidratação? <input type="checkbox"/> Diurético? Outro: <u>nao</u>
--	--

#### NEUROLÓGICO:

Sedação? <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não RASS: <u>nao</u> ECG: <u>nao</u> 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: <u>nao</u> mm E: <u>nao</u> mm RFM: <u>nao</u>
---	---	---	---

Alexandre Feitosa  
Médico  
CRM-RR 2131

Outras intercorrências:

4 intercorrências no turno.

Impressão clínica:

Pt grave, Choque hemorrágico já compensado c/ OVA, bom parâmetros ventilatórios, boa diurese. c/ OHEAO

Conduta médica:

Suporte + ajuste ventilatório.

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 <input checked="" type="checkbox"/>	Profilaxia TVP <input checked="" type="checkbox"/>	Profilaxia úlcera <input checked="" type="checkbox"/>
Oftalmoproteção <input checked="" type="checkbox"/>	Mudança decúbito <input checked="" type="checkbox"/>	Cabeceira elevada <input checked="" type="checkbox"/>	Sonda vesical <input checked="" type="checkbox"/>	Dieta <input checked="" type="checkbox"/>	Prócínético <input checked="" type="checkbox"/>	Fibra alimentar <input checked="" type="checkbox"/>



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

## BALANÇO HÍDRICO

NAME: Dylan Wilson

LOADING:

DATA: 2504, 22 BOX: 18

BOX: 43

[illegible]

Deanne Leonard Hedges  
Lewistown, Pa. - ENF







# 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	31380	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	223,38	108				
Lactato						
Mg	-					
TGO	155,76	112				
TGP	-					
Ureia	35,88	28				
PCR	24,83	74				
Albumina	3,78	2,93				
Ca	1,24	1,2				
K	4,6	4,2				
Na	145	150				
Cl	112	113				
CPK		2052				
Mioglobina						
Troponina						
CK-MB		68				
SOFA						
BH DO DIA	+ 18702	- 596				

### Legenda

NR: Exame solicitado mas não realizado

? : resultado duvidoso







<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>Data de Emissão:</b> 25/04/2020 14:05		<b>Recebimento:</b>	<b>Leito:</b> 18	

Amostra: 2017509101

### Resultado de Exame

### DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÇÕES

Material: SORO

Métodologia: M03 - Colorimétrico (diazot)

	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 Cidino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal



Hospital Geral de Roraima  
06095 2121 0649  
E-mail: hgr@hgr.com.br  
Av. Engenheiro Eduardo Gomes, 3306  
Aeroporto

26/04/2020 06:56

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU

GOVERNO  
DE RORAIMA

(\*) Retificado  
Página 1 de 2





ESTADO DE PERNAMBUCO  
NOME: NA PATAMONDO DO SPTA S/C LTDA

Paciente: **Brain Wilson**

Solicitação: 20175091

Número Interno:

Sexo: Masculino

Nasc: 27/10/2001

Idade: 18 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Setor: UTI 2

Leito: 18

Data de Emissão: 25/04/2020 14:05

Recebimento:

Amostra: 2017509103

## Resultado de Exame

### HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (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 %

M:

Wellerson Mendes  
Farmacêutico - Bioquímico  
CRF - RR 043

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cidino 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 Pernambuco  
Endereço: 2121 0040  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br  
Av. Engenheiro Eduardo Gomes, 3308 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE PERNAMBUCO



GOVERNO DO PARANÁ		UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA II		Nome: Brain Wilson, 18 anos, 75kg		18		Data: 26/04/2020	
Diagnósticos: Choque Hipovolêmico/ Osteossintese de Fêmur D / Rabbdomiólise									
Prescrição Médica									
Prontuário: s/n									
DN: 27/10/2001									
DI HGR: 01/04/2020									
DI UTI II: 24/04/2020									
TABELA DE CORREÇÃO GLICÊMICA									
151 - 180 02U									
181 - 210 04U									
211 - 240 06U									
241 - 270 08 U									
271 - 300 10U									
301 - 330 12U									
AVISAR PLANTONISTA									
Fazer GH 50% 40ml EV									
Evolução da especialidade médica responsável									
1. Avaliação Geral:									
2. Sugestão de Conduta:									
3. Planejamento Terapêutico:									
1	Dieta enteral SNE 500Kcal/dia.								
2	SRL 500ml EV 6/6h								
3	SF 0,9% ou SRL 500 ml IV ACM								
4	Ceftriaxona 1 g IV 12/12 hrs ( 24/04)								
5	Noradrenalina 16mg + SG 5% 100 ml EV em BIC								
6	Fentanil 50 ml IV BIC								
7	Dexmedetomidina 2amp + SF 0,9% 100ml EV em BIC								
8	Omeprazol 40 mg IV 1x/dia								
9	Bromoprida 10mg EV 8/8h								
10	Dipirona 2g EV SN								
11	Hipromelose 0,5% 2 gotas em cada olho de 04/04h								
12	Glicemia capilar 04/04h. Correções conforme tabela ao lado.								
13	Manter olhos ocluídos com gaze umidificada enquanto inconsciente.								
14	Banho diário com clorexidina 2%								
15	Higiene oral com clorexidina 0,12% 3xdia								
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	HYDROCORTISONA 300mg EV 8/8h								
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - UTI

NOME: Barbara Wilson  
ID: 18

DATA: 26/04/20 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
6	Sem resposta a estímulo doloroso

Score: 4

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular		Resposta Verbal		Resposta Motora	
4	Aberta espontaneamente	5	Orientado	6	Obedece
3	Resposta a estímulo verbal	4	Confuso	5	Localiza a dor
2	Palavras incoerentes	3	Palavras incoerentes	4	Flexão normal
1	Sons	2	Sons	3	Flexão anormal
0	Nenhuma	1	Nenhuma	2	Extensão a dor
0	Nenhuma	0	Nenhuma	1	Nenhuma

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

1	Percepção sensorial	1	Atividade	1	Alteração de mobilidade	1	Humidade da pele
2	Percepção sensorial	2	Atividade	2	Alteração de mobilidade	2	Humidade da pele
3	Percepção sensorial	3	Atividade	3	Alteração de mobilidade	3	Humidade da pele
4	Percepção sensorial	4	Atividade	4	Alteração de mobilidade	4	Humidade da pele
5	Percepção sensorial	5	Atividade	5	Alteração de mobilidade	5	Humidade da pele

Score: 13

SISTEMA RESPIRATÓRIO

(X) Espontânea ( ) Eupneia ( ) Taquipneia ( ) Bradipneia  
( ) Dispneia ( ) Cheyne-stokes ( ) Kusmaul  
Posicionamento do TOT/TQT a 13 cm dos incisivos Pressão do Cuff 13 mmHg  
Data da Troca: 26/04/20 Resistência a aspiração: ( ) Sim (X) Não  
Ausc. Pulmonar: ( ) Crepitações ( ) Sibilos (X) Murmúrios Vesiculares

SISTEMA CARDIOVASCULAR

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

Acceso Venoso Central: (X) Sim ( ) Não Data: 26/04/20 Local: VSC-L  
Acceso Venoso Periférico: ( ) Sim (X) Não Data: 26/04/20 Local: VSC-L  
Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim (X) Não  
Sangramento: ( ) Sim (X) Não Local: Não  
Hemotransfusão: ( ) Sim (X) Não - ( ) CH ( ) PF ( ) PLACUETAS QUANTIDADE

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Alimentação da dieta: (X) Sim ( ) Não ( ) Parcial (X) Total  
( ) VO ( ) NPT ( ) GTT ( ) SNG - Data: 26/04/20 SNG - Data: 26/04/20  
Ruídos hidroaéreos: ( ) Presentes ( ) Ausentes  
Abdome: (X) Normal ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Flácido ( ) Tenso  
Eliminação: ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

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

CURATIVOS E DRENOS

Região: FD da região M.F.O  
Características: de uma placa  
Produto: parafina  
Região: C.V.C. - VSC-L  
Características: de uma placa  
Produto: parafina  
Dreno: Local  
Secreção: Volume 13 Tipo: 13 Dias

ÚLCERA POR PRESSÃO

Região 13 Estágio 13 Região 13 Estágio 13  
Região 13 Estágio 13 Região 13 Estágio 13

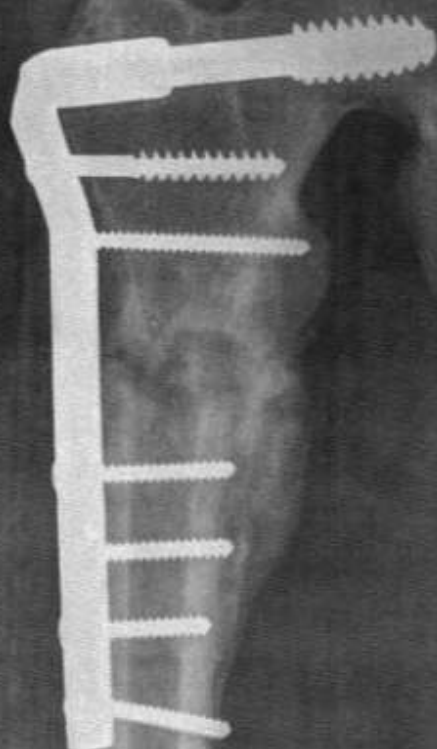
INTEGRIDADE CUTÂNEA

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

ENFERMEIRO(a): Enf.ª Daniela Santana da C. Nova  
COREN-RR 148.217 - ENF



D



BRAIN WILSON

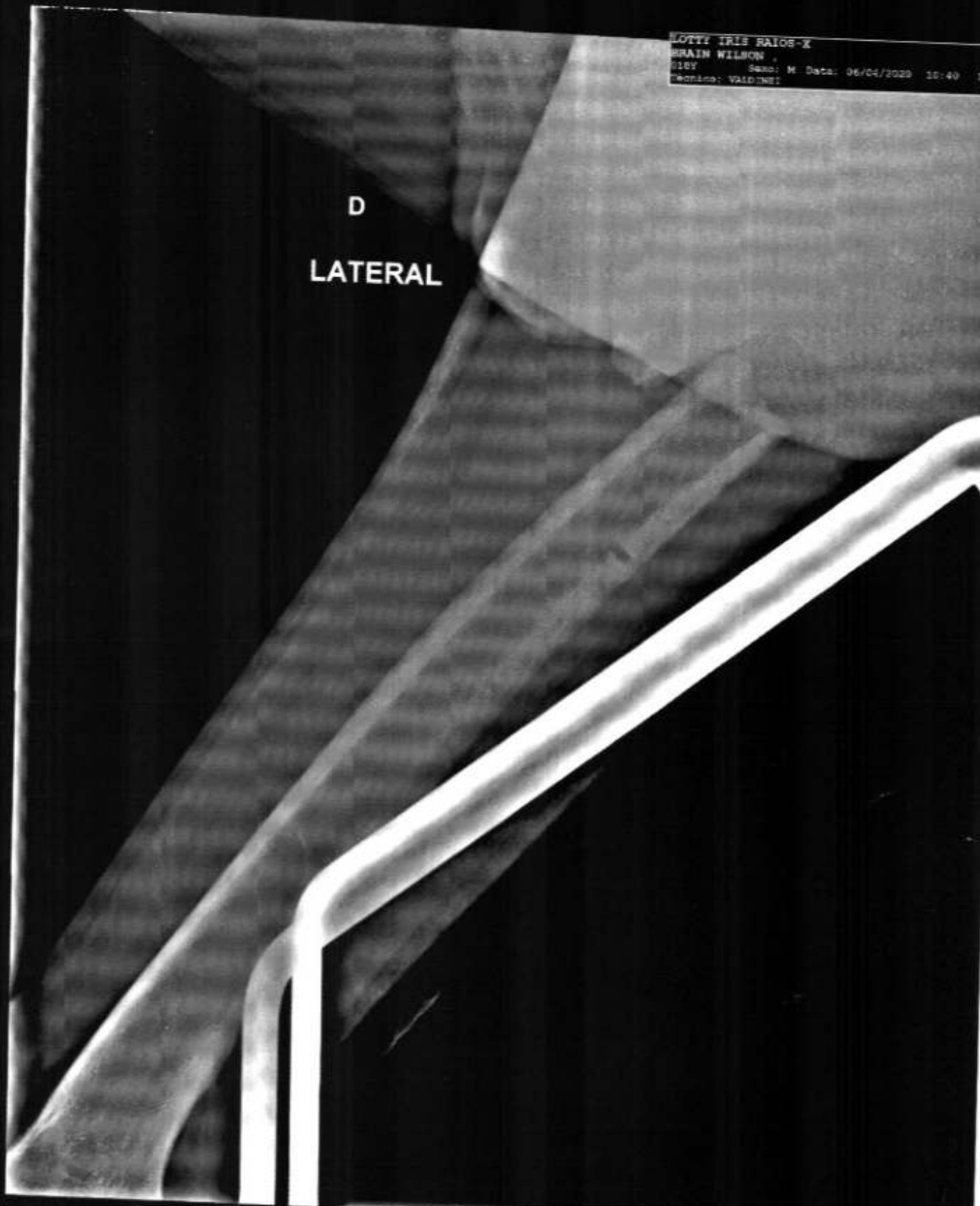
6116

HOSPITAL CORONEL MOTA

Marcos









AP

D

LOTTY TRIS RALOS-X  
MUAH WILSON  
CIST  
Temp: M Data: 06/01/2020 10:44  
P0011051 VALDIZHEI




REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
<b>ESTADO DE RORAIMA</b> SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GILJO CRUZ		REGISTRO GERAL <b>239717</b>	DATA DE EXPEDIÇÃO <b>13/10/2016</b>
 Polegar Direito		<b>WILLIAM GONÇALVES FRANCO</b>	
		FILIAÇÃO	
		<b>GERALDO ROCHA FRANCO</b>	
		<b>MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO</b>	
		NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
		<b>SANTA INÊS - MA</b>	<b>09/12/1978</b>
		DOC. ORDEM	
		<b>CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35</b>	
		<b>2 OF BOA VISTA - RR</b>	
 ASSINATURA DO TITULAR		<b>825.396.343-20</b>	<b>AMADEU ROCHA TRIANI</b> Partido Progressista do Povo Bomero do Brasil
<b>CARTEIRA DE IDENTIDADE</b>		<b>2 VIA</b>	<b>LEI Nº 7.116 DE 29/08/83</b>





TRABALHADOR	
<p>Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5457 de 01.05.1943 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</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 AMPARO AO TRABALHADOR.</p> <p>VISITE O PORTAL TRABALHO - <a href="http://TRABALHO.GOV.BR">HTTP://TRABALHO.GOV.BR</a></p>	
<div><b>MINISTÉRIO DO TRABALHO</b> SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO</div> <div><b>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</b></div> <div><b>EMPREGO</b> 136.97466.54-1</div> <div><b>NUMERO</b> 5264156</div> <div><b>SE</b> 0060</div> <div><b>RR</b> RR</div> <div><i>Brain Wilson</i> ASSINATURA DO TRABALHADOR</div> <div></div>	

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	
	
<b>BRAIN WILSON</b>	
FILIAÇÃO: ALICE WILSON	
NASCIMENTO: 27/10/2001	
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	
NATURALIDADE: 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	
<i>Magno Lella-Flores</i> MAGNO LELLA-FLORES 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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE :

NOME: Brain Wilson  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: autônomo RG: 5552435  
CPF: 706.679.212-22 ENDEREÇO: Av. Original do Lafael  
BAIRRO:  CIDADE: Bela Vista  
CEP: 9.300-670

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

### OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: autônomo  
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16  
Nº CPF: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Loura Moura

### PODERES:

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

Brasileira, 13 de Mai de 20 20

Brain Wilson

Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0274468/20

**Vítima:** BRAIN WILSON

**CPF:** 706.679.212-22

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** BRAIN WILSON

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### **WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

#### **BRAIN WILSON : 706.679.212-22**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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

