

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200303281

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEFFERSON SOUZA CRUZ

Data do acidente: 16/02/2020

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO FEMUR E + CONTUSÃO GRAVE EM OMBRO/MSE

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO DO OMBRO ESQUERDO APRESENTA FLEXÃO AOS 0°, EXTENSÃO AOS 0°, ABDUÇÃO AOS 0°, ADUÇÃO AOS 0°, ROTAÇÃO MEDIAL AOS 0°, ROTAÇÃO LATERAL AOS 0°, PRESENÇA DE ATROFIAS NO SEGMENTO, MOBILIZAÇÃO PASSIVA ANORMAL, CICATRIZ OPERATÓRIA INEXISTENTE, SEM AMPUTAÇÃO. APRESENTA NA REGIÃO OBSERVADA SENSIBILIDADE ANORMAL, COLORAÇÃO NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, SINAIS INFLAMATÓRIOS INEXISTENTES, PRESENÇA DE ALTERAÇÕES DA MUSCULATURA DO SEGMENTO, PRESENÇA DE ALTERAÇÃO MOTORA DO SEGMENTO. CUMPRE FRISAR QUE, CONFORME APURADO ATRAVÉS DO EXAME FÍSICO, O CONJUNTO DAS SEQUELAS REPERCUTE EM TODO O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, COM DÉFICIT FUNCIONAL TOTAL. AO EXAME FÍSICO DO JOELHO ESQUERDO APRESENTA JOELHO VARO, FLEXÃO AOS 0°, EXTENSÃO AOS 0°, AUSÊNCIA DE DERRAMES ARTICULARES, PRESENÇA DE ATROFIAS NO SEGMENTO, SEM AMPUTAÇÃO, MARCHA COM CLAUDICAÇÃO, AGACHAMENTO ALTERADO, COM ENCURTAMENTO. APRESENTA NA REGIÃO OBSERVADA MOBILIZAÇÃO PASSIVA ANORMAL, CICATRIZ OPERATÓRIA APARENTE, SENSIBILIDADE NORMAL, COLORAÇÃO ANORMAL, TEMPERATURA ANORMAL, SINAIS INFLAMATÓRIOS EXISTENTES, PRESENÇA DE ALTERAÇÕES DA MUSCULATURA DO SEGMENTO, PRESENÇA DE ALTERAÇÃO MOTORA DO SEGMENTO. CUMPRE FRISAR QUE, CONFORME O EXAME FÍSICO, O PERICIA DO POSSUI UM DÉFICIT FUNCIONAL DE GRAU INTENSO NO JOELHO ESQUERDO  
MSE: PARALISIA DO MEMBRO, FLACIDEZ MUSCULAR, ATROFIA MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR EM OMBRO/MSE: TEVE LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL SEM INDICAÇÃO CIRÚRGICA  
FEMUR DISTAL ESQUERDA: OSTEOSSÍNTESE COM COLOCAÇÃO DE PLACA COM PARAFUSOS  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL COMPLETO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO  
DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/09/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA MÉDICO EXAMINADOR: TEM DEFORMIDADES NO TERÇO MÉDIO/DISTAL DA PERNA DECORRENTE DE ACIDENTE ANTERIOR  
O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO E EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>88,75 %</b>	<b>R\$ 11.981,25</b>

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: 3200303281

Nome do(a) Examinado(a): JEFFERSON SOUZA CRUZ

Endereço do(a) Examinado(a): R ANTARES, 216, , Boa Vista/RR

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / 258703

Data e local do acidente: 16/02/2020 - Boa Vista/RR

Data e local do exame: 10/09/2020 - Boa Vista/RR

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO COM POSTE COM CONSEQUENTE FRATURA DO FEMUR E + CONTUSÃO GRAVE EM OMBRO/MSE

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

OMBRO/MSE: TEVE LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL SEM INDICAÇÃO CIRURGICA + FEMUR DISTAL E: OSTEOSSINTESE COM COLOCAÇÃO DE PLACA COM PARAFUSOS

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 0°, extensão aos 0°, abdução aos 0°, adução aos 0°, rotação medial aos 0°, rotação lateral aos 0°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, com déficit funcional total. Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 0°, extensão aos 0°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura anormal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

MSE: PARALISIA DO MEMBRO, FLACIDEZ MUSCULAR , ATROFIA MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano

corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Superior Esquerdo - Total - 100%

Joelho Esquerdo - Intenso - 75%

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

TEM DEFORMIDADES NO TERÇO MÉDIO/DISTAL DA PERNA DECORRENTE DE ACIDENTE ANTERIOR



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237941/20

**Vítima:** JEFFERSON SOUZA CRUZ

**CPF:** 983.529.462-34

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JEFFERSON SOUZA CRUZ

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JEFFERSON SOUZA CRUZ : 983.529.462-34**

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: 24/08/2020  
Nome: JEFFERSON SOUZA CRUZ  
CPF: 983.529.462-34

JEFFERSON SOUZA CRUZ

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013833378319  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAL - FNTRC - EXERCÍCIO  
01 00567424162 - - - 2019

NOME  
JEFFERSON SOUZA CRUZ

CPF/CNPJ - PLACA  
983.529.462-34 - NUJ1187

PLACA ANT/UF - CHASSI  
NUJ1187 RR - 9C2KC1660ER503814

ESPÉCIE TIPO - COMBUSTÍVEL  
BAS/MOTOCICLETA/1100 API TC - ALCO/BASO

MARCA/MODELO - ANO FAB - ANO MOD  
HONDA/CG 150 TITAN EX - 2013 - 2014

CAP/POT/CIL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE  
2F/0149CC/ - PARTICU - VERMELHA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC./COTAS  
\*PAGO\* - \*PAGO\* - 1\* \*\*\*\*\*  
FADA LPVA - PARCELAMENTO/COTAS - 2\* \*\*\*\*\*  
\*\* PAGO COTA ÚNICA \*\* - 3\* \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
R\$0.32 - R\$84.58 - 25/11/2019

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO \* PROIBI SAIR DA AMAZON CID \*

190 Gomes E  
Diretor Presidência  
BOA VISTA - RR - DETRAN - RR - DATA: 15/01/2020

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE E DE SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013833378319 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO  
2019 - 15/01/2020

VIA - CPF / CNPJ - PLACA  
01 983.529.462-34 - NUJ1187

RENAVAL - MARCA / MODELO  
00567424162 - HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB - CAT TARIF - Nº CHASSI  
2013 - 9 - 9C2KC1660ER503814

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) - DENATRAM (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)  
R\$36.05 - R\$4.01 - R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)  
R\$4.15 - R\$0.32 - R\$84.58

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO  
 COTA ÚNICA  PARCELADO - 25/11/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04 013833378319  
631166110001-1

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT CONTRA DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO

ESTO É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT. EM TODOS OS CASOS, O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.

SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO.

SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO.

SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO.

SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO.

SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO.

SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO.

SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO.

SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO.

SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO.

SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO.

SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO.

SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO.

SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO.

SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO. SEU PRECATORIO NÃO PODE SER SUPERADO POR SEU PRECATORIO.

IMPORTANTE: NÃO É NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DO CONTRATO DE SEGURO DPVAT PARA ENTRAR EM POSSESSÃO DO VEICULO OU ADMINISTRAR O ANO DE SEU VEICULO.

CHARGAS DE DANOS - DESPESAS DE ASSISTENCIA MEDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES MENSUAIS DE R\$ 1.000,00 (MIL REAIS) POR VEICULO E ANO DE SEGURO DPVAT.

PRAZO PARA PAGAMENTO DA LICENCIACAO OU REABILITACAO: 15 DIAS APÓS A DATA DE LICENCIACAO OU REABILITACAO NECESSARIA.

REABILITACAO: A REABILITACAO DEVE SER FEITA EM UM CENTRO DE REABILITACAO AUTORIZADO POR SEU MUNICIPIO.

INFORMACOES ADICIONAIS: O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETARIOS DE VEICULOS DE MOTOR COM ALICATA DE 150 CM³ OU SUPERIOR, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DESEUS VEICULOS.

PRECATORIO DE LICENCIACAO: O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS DE MOTOR COM ALICATA DE 150 CM³ OU SUPERIOR, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DESEUS VEICULOS.

SEGURO DPVAT: O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS DE MOTOR COM ALICATA DE 150 CM³ OU SUPERIOR, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DESEUS VEICULOS.

VEICULO NÃO ESTAR FORMALMENTE LICENCIADO: O SEGURO DPVAT NÃO PODE SER LICENCIADO CONTRATO DE SEU VEICULO.

VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO: O VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO É DE R\$ 40,06 (QUARENTA REAIS) POR VEICULO E ANO DE SEGURO DPVAT.

AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: O FNS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS DE MOTOR COM ALICATA DE 150 CM³ OU SUPERIOR, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DESEUS VEICULOS.

AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO - DENATRAN: O DENATRAN É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS DE MOTOR COM ALICATA DE 150 CM³ OU SUPERIOR, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DESEUS VEICULOS.

ATENDEMENTO AO PÚBLICO: O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS DE MOTOR COM ALICATA DE 150 CM³ OU SUPERIOR, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DESEUS VEICULOS.

INFORMACOES SOBRE O SEGURO DPVAT: O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS DE MOTOR COM ALICATA DE 150 CM³ OU SUPERIOR, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DESEUS VEICULOS.

SEGURO DPVAT: O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS DE MOTOR COM ALICATA DE 150 CM³ OU SUPERIOR, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DESEUS VEICULOS.

SEGURO DPVAT: O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS DE MOTOR COM ALICATA DE 150 CM³ OU SUPERIOR, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DESEUS VEICULOS.

SEGURO DPVAT: O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS DE MOTOR COM ALICATA DE 150 CM³ OU SUPERIOR, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DESEUS VEICULOS.

ATENCÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATORIO

IPVA - 1ª COTA

ATENCÃO MECÂNICA

ATENCÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

ATENCÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÁNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

ATENCÃO MECÂNICA

ATENCÃO MECÂNICA

SUSEP DISQUE - SUSEP 0800 021 8484 www.susep.gov.br

SEGURO DPVAT: O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS DE MOTOR COM ALICATA DE 150 CM³ OU SUPERIOR, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO DESEUS VEICULOS.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO: 13/12/2019

258703

**JEFFERSON SOUZA CRUZ**

CPF: 000.000.000-00

RG: 123456789

DATA DE NASCIMENTO: 18/02/1988

MIGUEL ALVES DA CRUZ  
LUCILENE TEIXEIRA DA SILVA SOUZA

ITAITUBA - PA

CPF: 000.000.000-00

CERTID. NASC. 60.968 PLS. 159V LVV A/B5  
1 OF BOA VISTA-RR

983.529.462-34

2ª VIA

PIS/PASEP:

AMARELI ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.115 DE 20/08/83

P7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ORBITO CIRU



Polegar Direito



*Jefferson Souza Cruz*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**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: 5610777

**LUCILENE TEIXEIRA DA SILVA SOUZA**

R. ANTARES, 216 ,

JARDIM PRIMAVERA

69314196 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>389811</b>	MÊS <b>07/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>17-JUN-20 a 20-JUL-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>302</b>	VENCIMENTO <b>06-AUG-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 282,55</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>389811</b>	MÊS <b>07/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 282,55</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000029.825500750005.000000000380.981107200058





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 5166/2020 - Registrado em: 22/06/2020 às 18h 31min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 16/02/2020 às 02h 00min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

Logradouro: RUA ANTARES

Bairro: JARDIM PRIMAVERA

Referência:

Complemento: RUA ANTARES

UF: RR

Nº: 0000

CEP:

Tipo de local: VIA URBANA

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

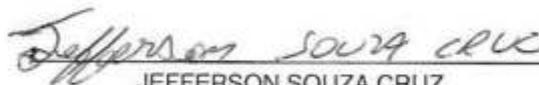
JEFFERSON SOUZA CRUZ(32), nascido(a) em 18/02/1988, sexo MASCULINO, solteiro(a), CPF Nº 983.529.462-34, País: BRASIL, natural de ITAITUBA-PA, filho(a) de LUCILENE TEIXEIRA DA SILVA SOUZA e , endereço: RUA ANTARES, cep: 69314-196, Nº: 216, bairro: JARDIM PRIMAVERA, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, Telefone: (95) 99166-7789.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE, DE PLACA NUJ-1189 E CHASSI Nº 9C2KC1660ER503814, NA RUA ANTARES, BAIRRO JARDIM PRIMAVERA, ONDE VINHA UM VEICULO DE COR VERMELHA A SUA FRENTE, QUANDO CHEGOU NA RUA DAS ACÁCIAS, NÃO PERCEBEU QUE O VEICULO PAROU, E FREOU BRUSCAMENTE PARA DESVIAR DO MESMO E ACABOU DERRAPANDO E COLIDINDO COM UM POSTE. A VITIMA FOI ATENDIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA COM LESÃO CORPORAL E SUSPEITA DE FRATURA NA PERNA E OMBRO DIREITO. A PM NÃO ESTEVE NO LOCAL. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: 42000258  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

  
JEFFERSON SOUZA CRUZ  
COMUNICANTE

# 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: 963.529.462-34 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Souza Cruz

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

5 - Nome completo: Jefferson Souza Cruz 6 - CPF: 963.529.462-34  
 Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Antares 9 - Número: 216 10 - Complemento: Casa  
 11 - Bairro: Jardim Primavera 12 - Cidade: \_\_\_\_\_ 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-196  
 15 - E-mail: judicavista.pendencio@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99117-5392

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

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 3027 CONTA: 8498 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 a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - \_\_\_\_\_  
 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, Boa Vista-RR 13 de Agosto 2020

Jefferson Souza Cruz  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

# 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: 963.529.462-34 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Souza Cruz

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

5 - Nome completo: Jefferson Souza Cruz 6 - CPF: 963.529.462-34  
 Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Antares 9 - Número: 216 10 - Complemento: Casa  
 11 - Bairro: Jardim Primavera 12 - Cidade: \_\_\_\_\_ 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-196  
 15 - E-mail: judicavista.pendencio@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99117-5392

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

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 3027 CONTA: 8498 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 a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - \_\_\_\_\_  
 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, Boa Vista-RR 13 de Agosto 2020

Jefferson Souza Cruz  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

**Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200303281**

**Vítima: JEFFERSON SOUZA CRUZ**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JEFFERSON SOUZA CRUZ**

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\$ 11.981,25

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 70,00%

Valor a indenizar: 70,00% x 13.500,00 = R\$ 9.450,00

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: **JEFFERSON SOUZA CRUZ**

Valor: **R\$ 11.981,25**

Banco: **104**

Agência: **000003027**

Conta: **000008498-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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,



---

**Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200303281**

**Vítima: JEFFERSON SOUZA CRUZ**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JEFFERSON SOUZA CRUZ**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200303281**

**Vítima: JEFFERSON SOUZA CRUZ**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JEFFERSON SOUZA CRUZ**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





GOVERNO DE RORAIMA  
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME: \_\_\_\_\_

Caudo Medico

O paciente, Jefferson Souza Cruz, vítima de acidente de trânsito (16/02/2020) e trauma distal em MTE com fratura e miódo de pé (E) submetido a cirurgia de amputação e fechou externo traumático e após melhora com cirurgia com placa e parafusos (P. E. 12/02/2020) o trauma em artéria exposta com lesão do plexo braquial devido a deformidade expulsa do tronco e amputado 1.0 (E) (P. E. 12/02/2020)

Crédito Cirúrgico em pé distal (E): 35 cm  
 Lesão do ANM do pé (E) Pério: 20  
 Orientação do MTE  
 para todos os momentos do trabalho de dentado <sup>meses</sup> <sub>para</sub>

01) Sequela de lesão do plexo braquial (E) CID 10: G54.0  
 Sequela de fratura distal do pé (E) CID 10: S72.4 T93

DATA: 10/08/20

CID 10: S72.4 T93  
ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Ataíde Teive nº 6459 - Bairro Nova Canaã  
CEP: 69314-416 - Boa Vista - Roraima - Brasil

paciente e def. et. funcional em MTE e MIE

Carlos Eduardo de C. Guerra  
Ortopedia - fisioterapia - Acupuntura  
CRM-RR 589

*[Handwritten signature]*

16/02/20 ortopedista (Dr. Elden)

paciente relata queda de moto  
apresentando dor e edema em  
joelho (E)

Rx: Fx femur distal (E)

Obs: paciente relata paralisia  
de MS (E). AO Rx não se  
evidencia Fx / Lx

Ao exam físico: consolidação visível  
de perna e pé (E) com sono  
acentrado e lesão cortada com tesa  
em torno médio de tibia (E).

Sob orientação do Dr. Elden

ATB parenteral e após ao  
C.C. pl fixação externa transossea  
+ mobilização por neurocirurgia

Notas:

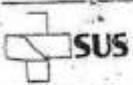
durante a punção labor foi  
saída de sangue, sendo necessário Analise  
da Neurocirurgia

Obj: Deformar pl área Vermelha

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

Dr. Jonathan C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-RR 1758 TEOT 14272

altg: 03/03/2020



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

### LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

#### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

**BLOCO A**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

#### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Selerson Souza Cruz

6 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO

87011

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70321036366797899

8 - DATA DE NASCIMENTO

18/02/88

MASC

9 - SEXO

Fem  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mucilene Teixeira da Silva Souza

11 - TELEFONE DE CONTATO

9599 1185 6918

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Antares 216 Jardim Primavera

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

boa vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

120000

15 - UF

PR

16 - CEP

61931-9196

#### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com Fx fêmur distal (E)  
+ lesão partes moles em peroneo (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HTO crônico + ATB

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

Anamnese + Rx + Ex. Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx fêmur distal (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

ortopedias

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Elder

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/04/20

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

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

#### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

0408050624  
5724  
V299

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

16/04/20

0408050593-5823



FICHA DE ACOLHIMENTO

**1 - IDENTIFICAÇÃO**  
 Data da Internação: 16/02/20 Data do Acolhimento: 17/02/20  
 Setor: Bloco "A" Leito: 409-A Procedência: GT  
 Nome: Weslemilson Gomes Souza Idade: 30 anos  
 Nacionalidade: Brasileira Sexo: ( ) F (x) M  
 Estado Civil:  Solteiro  Casado  Viúvo  Separado  União Estável  Outro: Nº de Filhos: 06  
 Empregado:  Sim  Não Profissão: Autônomo  
 Religião:  Católico  Evangélico  Testemunha de Jeová  Budista  Nenhuma  Outra:  
 Onde reside: Boa Vista Com quem reside:  Pais  Cônjuge  Só  Filhos  Outros:  
 Informante:  Próprio paciente  Acompanhante  Outro:  
 Pessoa(s) de Referência 1 - conjugado Vínculo: marido Tel.: \_\_\_\_\_  
 Pessoa(s) de Referência 2 - \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**2 - INTERNAÇÃO E DIAGNOSTICO**  
 Motivo da Internação: Funcional de forma  
 História da Doença:  
 Tem conhecimento de seu diagnóstico:  Sim  Não Compreende a necessidade do tratamento:  Sim  Não

**3 - LIMITAÇÕES**  
 Sim  Não - Se SIM, assinalar limitação:  Auditiva  Visual  Motora  Fala  Outra:

**4 - ACOMPANHAMENTO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO**  
 Acompanhante presente:  Sim  Não - Se SIM, quem:  Pais  Cônjuge  Filho(a)  Outros: marido

**5 - ASPECTOS EMOCIONAIS E COGNITIVOS**

	SIM ( )	NÃO (x)		SIM ( )	NÃO (x)
Alteração no nível de consciência	SIM ( )	NÃO (x)	Choro frequente	SIM ( )	NÃO (x)
Queixa-se de tristeza e solidão	SIM ( )	NÃO (x)	Transtorno emocional evidente	SIM ( )	NÃO (x)
Expressão de afeto condizente	SIM (x)	NÃO ( )	Consciência de morbidade	SIM (x)	NÃO ( )
Linguagem fluente	SIM (x)	NÃO ( )	Linguagem coerente/organizada	SIM (x)	NÃO ( )
Atenção preservada	SIM (x)	NÃO ( )	Memória preservada	SIM (x)	NÃO ( )
Pensamento organizado	SIM (x)	NÃO ( )	Orientação auto/alopsíquica preservada	SIM (x)	NÃO ( )
Adequação do sono	SIM (x)	NÃO ( )	Adequação da alimentação	SIM (x)	NÃO ( )

OBS.:  
 Abuso de substância:  Não tem histórico  Álcool  Tabaco  Drogas

**6 - REFERENTE À EQUIPE DE SAÚDE E INTERNAÇÃO**  
 Recusa/resistência ao cuidado ou tratamento:  SIM  NÃO Adaptação à internação:  SIM  NÃO ( )

**7 - PROCEDIMENTO ADOTADO**  
 Acompanhamento:  Paciente  Familiar  Alta psicológica  
 Encaminhamento:  CAPS II ou III  CAPS AD  UBS  Outro:

**8 - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**  
Paciente apresenta episódios de má-ajustado, seguidos por episódios de melhora. Relata consumo constante de bebidas alcoólicas e cigarros e episódios de estas condutas. Há manifestações de ansiedade e preocupação com a situação de saúde, inclusive por episódios de ansiedade. Há demonstração de interesse em acompanhamento terapêutico.  
Realização acolhimento e orientação

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308  
 Novo Plano Tel (95) 211-0620  
**AUTENTICAÇÃO**  
 13 MAR 2020  
 Certifico e Douro que a presente  
 cópia é fiel reprodução original  
 que foi apresentado neste Hospital

RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO: \_\_\_\_\_ DATA: 17/02/20

Weslemilson  
**Ialla Costa**  
 Psicóloga  
 CRP-20/04764





Jefferson Souza Cruz

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 10/03/20 O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frat de tíbur distal (F)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: \_\_\_\_\_

Tipo DE INTERVENÇÃO: Fixação externa transarticular

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Jonathas 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_

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

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

HOSPITAL GERAL DE RUIAÍMA  
 Av. BRG. Eduardo Gomes, 511  
 Novo Planalto - Tel (25) 2121-0020  
**AUTENTICAÇÃO**  
 13 MAI 2020  
 Certifico e dou fé que a presente  
 cópia é fiel reprodução Original  
 que foi apresentado neste Hospital

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Fe em int sob anestesia
- 2) Antissepsia + Assepse
- 3) Fixação externa de os pines de Schanz no tíbur
- 4) Observado frat incompleta de tíbur distal
- 5) Fixação de fe os pines prox e os distais na tíbia
- 6) Redução
- 7) Fixação transarticular
- 8) Sonda

**Dr. Jonathas C. Lopes**  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Cirurgião Joelho  
 CRM-RR 1759 TSO 14272



Jefferson Souza Cruz, M. B. A.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

08:50

Nº

16 02 2020

AGENTES	15 30 45				15 30 45				15 30 45			
	H 20											
O2	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲				
LIQUIDOS VENOSOS	50ml 50ml 50ml ECG, 60 O2 + QAD1 + FC.											
DA	°C	240										
X	33	220										
ULSO	36	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
ANES	34	180										
X	32	160										
OP	30	140										
O	120											
TEMP	100											
ASPIR.	80											
A	60											
RESP	40											
O	20											
Exort.	[Handwritten symbols]											
Assist	[Handwritten symbols]											
Contro	[Handwritten symbols]											

SÍMBOLOS: 35, 2x

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	0.5ml	na pele da face	x - Unque + uso monitorização: 1. Monitorar SA / Hb. Ht / assintica 2. Monitorar 20 / Hb: 200g/dl 3. Ag. A, via SA. 4. uso propofol 100 mg IV
B	1ml	hipodérmica	
C		vent. lação espalada	
D		na	
E			
F			
G			
GLICOSE	LIQUIDOS	Cáuda - Naso / Orofaríngea	NÃO TEMPO DE ANESTESIA: 30'
NOOD		Naso / Orofaríngeal - Cega	
SANGUE	50 1500 ml	Est - Tamp - Cateter do Tubo Bob Múscara Dificuldade Técnica	
TOTAL	1500 ml	30'	
OPERAÇÃO	Tratamento cirúrgico de varicez exposta de fêmur e tibia		Lanfago - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Boxing" - Vômito
ANESTESIA	Dr. A. J. [Handwritten]	CÓDIGO	PERDA SANGÜINEA: compatível

Dr. Daniel

Grano Thiago  
MILÊNIO  
CRM-RR 1025

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Plano - Tel (95) 21-31-0620  
**AUTENTICAÇÃO**  
13 MAR 2020  
Certifico Dou Fé que a presente  
cópia é fiel reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

5 - Dexame...  
x - SPPA



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	
Jefferson Souza Cruz				16/02/2022	
<b>CIRURGIA</b>					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
Cirurgia de natureza de fimur			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
(E) + lixidos estético.			04:15	10:09	
<b>EQUIPE MÉDICA</b>					
CIRURGIÃO			ANESTESISTA: Dr. <i>Carlton</i>		
Dr. <i>Monatha</i>			RES. ANESTESIA: Dr. <i>Cordeiro</i>		
1º AUXILIAR			INSTRUMENTADOR		
João Paulo - Interno					
2º AUXILIAR			CIRCULANTE		
			Elisandra e Bahia		
TIPO DE ANESTESIA: <i>Roque</i>			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		<input type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 2-0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 15, 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			SURGICEL	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML		<input type="checkbox"/>	KIT CATARATA Nº agulha p/ roque	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		<input type="checkbox"/>	GEOFOAM <i>Algodão, churupindo,</i>	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Elétricos</i>		<input type="checkbox"/>	OUTROS: <i>cateter de O2</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		<i>Alexsandra e Aline</i>			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA  
Tel.: 55(11)39494000  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 400  
Ref.: 4747/04 Lote: 19L003174  
Registro ANVISA: 10223710095

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA  
Tel.: 55(11)39494000  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 400  
Ref.: 4747/04 Lote: 19L000754  
Registro ANVISA: 10223710095





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

Enfermeiro (a): Almendra Cavalcanti Hora:            Data: 16/02/2020

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO E CHECKAGEM
<input type="checkbox"/> Risco de Queda Prevenir queda	<input checked="" type="checkbox"/> Manter grades elevada na RPA	pós - operatório
<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorar nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutir na RPA	
<input type="checkbox"/> Risco de Infecção Prevenir infecção evitável	<input type="checkbox"/> Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de infecção ( edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)	
<input type="checkbox"/> Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido - básico	<input type="checkbox"/> Monitorar temperatura e comunicar alterações <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)	
<input type="checkbox"/> Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) <input type="checkbox"/> Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl	
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	<input type="checkbox"/> Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações <input type="checkbox"/> Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções	pós - operatório
<input type="checkbox"/> Mobilidade Física prejudicada	<input type="checkbox"/> Proporcionar alinhamento do corpo do paciente	
<input type="checkbox"/> Dor aguda Controle da dor e promover conforto	<input type="checkbox"/> Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) <input type="checkbox"/> Administrar medicação conforme prescrição médica	
<input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	<input type="checkbox"/> Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar <input type="checkbox"/> Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica	
<input type="checkbox"/> Náuseas Controle / Ausência de náusea	<input type="checkbox"/> Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas <input type="checkbox"/> Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição	pós - operatório
<input type="checkbox"/> Ansiedade Controle de ansiedade	<input type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
<input type="checkbox"/> Confusão Aguda / Crônica	<input checked="" type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
<input type="checkbox"/> Comunicação Verbal prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório	pós - operatório

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Paciente admitido em SO, vítima de acidente de trânsito. Realizado procedimento com equipe cirúrgica sob Raqui anestesia -  
Informar ns x aliquo a nada, nega im, Nape ms. Tempo 1/65 para  
postura analiaj do Nemo.

Responsável: Almendra Cavalcanti

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**

Nome M. Jeneifer Lopes - Wilmom S Cruz  
Responsável Cirurgião

Anestesta D. Oliveira - Rebecca

**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 \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**ANTES DA INCISÃO**

**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: aplicação de Hora: 08:30h

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- Sim
- Não se aplica

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

**SALIDA (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

201. 2. 2011

109-01

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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	Jelson S Cruz	
AGNOSTIC		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	MANUTER
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 (SUSPENS)	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG =	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	
14	CURATIVO DIÁRIO	
15	Tramadol 100mg (SUSP) 8/8h	
16	SE NÃO FOR	

Dr. Jonathan P. Lopes  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Cirurgião de Joelhas  
 CRM-RR 138177-1

**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 :

- NEUROLOGIA GDO FICOU BOM E FICOU BOM  
 PARADO NA PRONAL 15, P. TR  
 SEM DEFICIT COGN  
 CX CRÂNIO: NORMAL  
 - CO 1. SEM CONDUTA NER  
 E ALTA NEUROLOGIA GDO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	NI	80	20	36,5
18 H	120x80	85		36
24 H	130x80	82		

06 H 120x70 79

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. Fabrício F. de  
 Neurologia  
 CRM-RR 1407  
 CDS 21548-32500

BLA 109.1

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>Jefferson Luizon Cruz</i>			
AGNÓSTICO <i>Rp para dor do joelho e dor no pescoço</i>			
ALERGIAS		HAS	NEGA DM2
IDADE		LEITO	DATA <i>16/02/20</i>
ÍTEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		manhã
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		<i>06 12 18 24</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		<i>06</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		<i>SN 08/10</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		<i>(06) 14 22</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		<i>04 10 16 22</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		<i>04 16</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H		SN
14	CURATIVO DIÁRIO		Revisar
15	<i>Claxone 400mg SC 1x1x</i>		<i>(06)</i>
16			<i>suspensão</i>
17			
18			
19			
20			
21			

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

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

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

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

MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Plantão Noturno

Adm. medicações CRM, exceto item  
①, farmácia não disponibilizou.  
Aferido SSUV. segue aos cuidados  
da enfermagem.

Stênio  
Ouro Preto

13 — 19hs  
Paciente no leito  
medicado Aferial  
SUVSS

Eldcio Nivaldo Souza Respost  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 381219-7/2014

VP5: Às obicas do dia 19/02/20, o paciente no leito medicado  
com 1 dm intencional e segue as medidas da hiper-  
magm dose 11

---

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

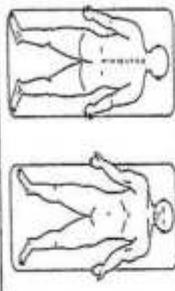
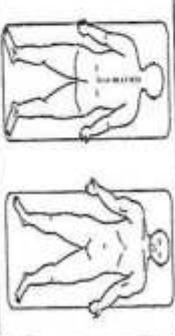
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: *Edilson Sampaio Lurg*

Leito: *109.1*

Data: *18/02/2020*

Localização		Região: <i>1. Sc.</i>		Região: <i>1. Sc.</i>
Etiologia	<input type="checkbox"/> JLP I III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <i>1</i> Tração <i>1</i> Fixador Externo <i>1</i> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> JLP I III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <i>1</i> Tração <i>1</i> Fixador Externo <i>1</i> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )
Aparência do Leito	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: <i>1 pouco</i>		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <i>pouco</i> <input type="checkbox"/> Seco		<input checked="" 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%	
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" 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
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 T <sup>F</sup>	Ana Carolina da Silva Garcia Tec. em Enfermagem COREN-RR 964 622	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 T <sup>F</sup>	Vanessa da Silva Garcia Técnica Enfermagem COREN-RR 964 622
Observações:				

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**



Núcleo de Enfermagem em  
 Tratamento de Feridas -  
**HGR**

Protocolo nº 1

Paciente: *Regina Souza. Burg.*

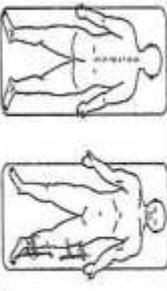
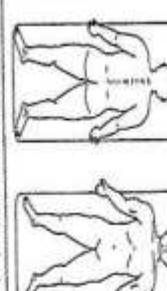
Leito: *109.1*

Data: *18/02/2020*

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Localização		Região: <i>MSE.</i>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV 7* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>    </u> Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV 7* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>    </u> Tração <u>    </u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I ( ) II ( )
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<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"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <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: _____
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <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"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato	<input checked="" 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	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Quantidade de Exsudato	<input checked="" 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%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> 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"/> 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	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Martins Técnica de Enfermagem COREN-RR 965.152-1F	Ana Carolina da Silva Garcia Técnica de Enfermagem COREN/RR 694.622		
Observações:	Blesilda Corrêa de Jesus Técnica de Enfermagem COREN-RR 965.152-1F Tel: 3531-3300			



GOV. ANDRÉ DE ARAÚJO  
Hospital Geral de Roraima

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



109-1

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON SOUZA CRUZ					
DIAGNÓSTICO FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	109-1	DATA	19/02/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				cont
2	AVP				nov
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16h
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				16h 30
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				16h 30
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				16h 30
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				16h 30
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				16h 30
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				16h 30
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				NTF
11	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H				NTF
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				NTF
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16					
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					

24/06  
NTF  
NTF  
NTF  
ok = 5.0  
tem cliv  
17/02

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA DIA: 17/2/20.

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	120/70	80	36
18 H	150/90	58	35.5C
24 H	140/92	79	36.5C
06h	120/80	72	36C

DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR  
1964  
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

Adm. medicação de horário  
ver Pertino e verificação  
SSVV. Valdeir

18h. Afundado SSVV,  
medicados e p. n.  
No foi administrado  
do a item 11, no  
farmácia no fe  
comprimidos.

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

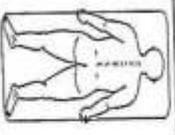
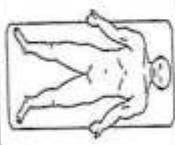
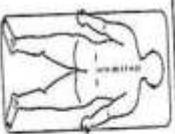
Atualizada: 2/2020

Paciente:

*Jelerson Souza Cruz*

Leito:

Data: 19/02/2020

Localização	 	Região: <i>MIE</i>	 	Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> LPP II <input type="checkbox"/> LPP III <input type="checkbox"/> LPP IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> ) III ( ) IV ( )	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> LPP II <input type="checkbox"/> LPP III <input type="checkbox"/> LPP 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 ( ) II ( ) III ( ) IV ( )
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 checked="" type="checkbox"/> Outros <i>debridamento</i>	<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"/> 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: _____	<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 checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" 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	<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"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
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	<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:	Mônica Reis Fortes Hospital Geral de Ribeirão Preto COREN-RR 000829.004	Francieleidek Alencar Hospital Geral de Ribeirão Preto COREN-RR 533058 TEC	Disceia Pereira Enfermeira COREN-RR 000458.579	
Observações:	<p><i>Realizado debridamento do membro superior direito (mão) - lesões - ADE.</i></p>			

109-L



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON SOUZA CRUZ					
DIAGNÓSTICO FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	109-1	DATA	20/02/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S.M.I.C
2	AVP				manhã
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16h
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				16h 22h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12h 18h 24h 06h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06h
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12h
11	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H				12h 18h 24h 06h
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				16h 22h
13	CURATIVO				curativo
14	SSVV + CCGG 6/6H				curativo
15					
16					
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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA DIA: 17/2/20.

23h: Trocado AUP.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
8 H	PA	FC	FR	
12 H	160x70	98	35,4°	
18 H	120x80	83	35,5°	
24 H	120x80	84	36°C	

2:00 período SSVV, administrado as med. CPM. Adm item 10 PA: 160x70 MMHG. *celis*  
 Tarde → SSVV  
 Adm → R.P.M  
 cuidados gerais feito sem queixas  
 Leonilande Melo de Souza  
 CRM-RR 292.369 - FE

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo nº 1  
Paciente: Galperon S. Cruz  
Leito: 109.1

Versão:08  
Elaborada: 02/2013  
Atualizada: 2/2020  
Data: 20/02/2020

Localização		Região: <u>M.I.E</u> Grau: I ( ) II (x) III ( ) IV ( )		Região: _____ Grau: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )
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: <u>Tracção</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<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: <u>Tracção</u> <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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" 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 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"/> 12/2 <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:	<p><i>Rozângela Miguel Dedezo</i> Téc. Enfermagem CPF: 028.103.202-11</p> <p><i>Juciane Lopes de Deus</i> Téc. Enfermagem CPF: 028.103.202-11</p>	<p><i>Rosmelde P. Nunes</i> Téc. Enfermagem CPF: 028.103.202-11</p>		
Observações:	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			

109-L



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON SOUZA CRUZ				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	109-1	DATA	21/02/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				manhã
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				11
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12 22
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12 18 2100
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12 18
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12 18
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				(12 18) 21 00
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12 22
13	CURATIVO				curativo
14	SSVV + CCGG 6/6H				12 18
15					
16					
<p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b>; 251-300: <b>4UI</b>; 301-350: <b>6UI</b>; 351-400: <b>8UI</b>; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA.

ob 120x80 88 20 36,3

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	TK	
12 H	130/98	95		36.3 C	
18 H	124/82	90		36 C	
24 H	130/90	98	19	36.5 C	

12/17 pontos no novo  
furo medido com  
25/100 (12/17)

12/17 não  
proprietário  
furo com  
130/90

12/17 pontos do novo furo  
medido com 25/100 (12/17)



PEDIDO DE PARECER



Unidade: \_\_\_\_\_

Nome: Jefferson Souza Cruz

Idade: 31 REGISTRO: \_\_\_\_\_

Bloco: A Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: 109-1

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

De: Ortopedia

Para: Neurocirurgia

paciente vítima de poltrauma com  
fratura exposta de fêmur e lesão  
ligamentar grave em tornozelo direito  
em M.S.G. Solicito Avaliação  
e Conduta. Grato!

21.02.20  
Data

[Signature]  
Médico(a)

21.02.2020

Paciente politraumado com lesão de nível suprapúbica  
apresenta um comprometimento de nível superior  
& nível inferior (do fêmur até o nível da pelve)

- ed 1. See conduta cirúrgica  
& encaminhado o paciente a serviço de ortopedia  
e traumatologia para avaliação no Hospital  
Geral após alta hospitalar

21, 02, 2020  
Data

[Signature]  
médico

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo n° 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente:

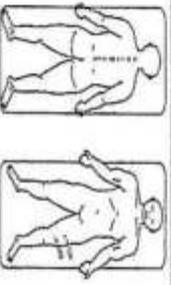
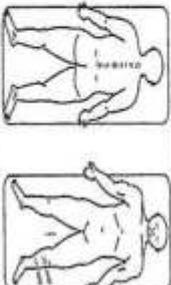
*Telesman Souza*

Data:

*21/02/2020*

Leito:

*108,1*

Localização		Região: <i>coxa esq</i> Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )		Região: <i>perna esquerda</i> Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>    </u> Tração <i>de</i> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:		( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>    </u> Tração <i>de</i> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Pele Perilesional	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( ) Seco	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( ) Seco
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( ) Seco		( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( ) Seco	
Solução de Limpeza	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	
Cobertura primária	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <i>compressos + repacachaga</i>		( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <i>compressos + repacachaga</i>	
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário <i>manhã</i> ( ) 48/48h		( ) 12/12 ( ) Diário <i>manhã</i> ( ) 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<i>Adonildes Vieira Araujo</i> Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE		<i>Adonildes Vieira Araujo</i> Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	
Observações:	<i>Planta</i>		<i>sem</i>	

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo n° 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente:

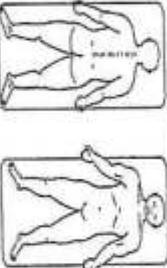
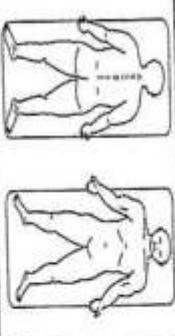
*Selerson Souza*

Leito:

*105*

Data:

*21/02/2020*

Localização		Região: <i>pe - esquerda</i> Grau: I ( ) II (X)		Região: _____ Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda (X) Outros <i>debridamento</i> <input type="checkbox"/> Normal (X) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros <input type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal (X) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input 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 (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <i>úmido pouco</i> ( ) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <i>ataque + espessamento</i>	<input 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:	<input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 ( ) Diário <i>manha</i> ( ) 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<p><i>Adonildes Vieira Araújo</i> Técnico de Enfermagem COREN-PR-507.795/FE</p>			
Observações:	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR

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

Paciente: TEJENORA SAOZA Leito: 109 1 Data: 27/02/2020

Localização		Região: <u>PEME ESQUEDA</u> Grau: I ( ) II ( <u>X</u> )		Região: <u>MÃO ESQUEDA</u> Grau: I ( ) II ( <u>X</u> )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( <u>X</u> ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( <u>X</u> ) 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 ( <u>X</u> ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( <u>X</u> ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( <u>X</u> ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( <u>X</u> ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( <u>X</u> ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( <u>X</u> ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( <u>X</u> ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( <u>X</u> ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	( <u>X</u> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <u>X</u> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( <u>X</u> ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( <u>X</u> ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( <u>X</u> ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	( <u>X</u> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>colagenase + atadina + espasmedraps</u>	( <u>X</u> ) Gaze ( <u>X</u> ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>atadina + espasmedraps</u>	( <u>X</u> ) Gaze ( <u>X</u> ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>atadina + espasmedraps</u>	( <u>X</u> ) Gaze ( <u>X</u> ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>atadina + espasmedraps</u>
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Benck</u> Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PR 507 795/TE	<u>Benck</u> Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PR 507 795/TE	<u>Benck</u> Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PR 507 795/TE	<u>Benck</u> Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PR 507 795/TE
Observações:				



GOVERNO DO PARANÁ  
Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON SOUZA CRUZ				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	109-1	DATA	22/02/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SF
2	AVP				manh.
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12-18 24-06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16					
	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				

Handwritten notes and signatures: SF, manhã, 16, 12-18 24-06, 06, MÁRCIO, 12-18 24-06, 20-22, 06, Raimon

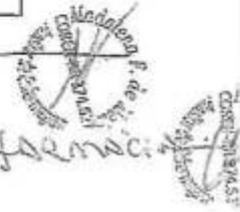
EVOLUÇÃO MÉDICA:

#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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVÓ RADIAL ESQUERDO, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA.

06h - 120/70 108 35.8°C

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	153x90	87	36°C	
18 H	119x82	96	36°C	
24 H	120/84	101	35.5	

Plantão diurno: Pede sinais medicados cpm. Aferido SSVV.  
OBS: NÃO foi administrado medicamento do item 14 do horário das 12h; pois NÃO havia sido liberado pela farmácia.



EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

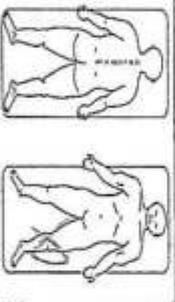
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: *JEFFERSON DE SOUZA*

Leito: *108-3*

Data: *22/02/20*

Localização		Região: <i>M/E</i> Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> ) III ( <input type="checkbox"/> ) IV ( <input type="checkbox"/> ) V ( <input type="checkbox"/> )		Região: _____ Grau: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) V ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____ ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____ ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____ ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____
Troca	( ) 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Maria de Fátima N. Viana</i> Auxiliar de Enfermagem COREN-PR 448.709	<i>Briano S. Pereira</i> Técnicos de Enfermagem COREN-PR 516.925		
Observações:				



GOV. RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON SOUZA CRUZ				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES				
ALERGIAS					
IDADE	HAS	DM2			
ITEM	LEITO	109-1	DATA	23/02/2020	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				SNO
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				manter
4					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				<del>18</del>
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				<del>12 18 24</del> 06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				06
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				SU
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SU
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SU
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				SU
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				<del>12 18 24</del> 06
13	CURATIVO				<del>10 22</del>
14	SSVV + CCGG 6/6H				curativo
15					10 ter
16					
<p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b>; 251-300: <b>4UI</b>; 301-350: <b>6UI</b>; 351-400: <b>8UI</b>; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

**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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA.

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	140/92	110	-	36°C	
18 H	123/86	92	-	36°C	
24 H	120/80	97	-	36°C	

06h  
PA: 119/80  
FC: 91  
T: 36°C  
paciente no leito  
medicado conforme  
prescrição médica  
SSVV realizado  
AVP em MSD

Dr. Anderson P. Silva  
Médico  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1733 RQE 678



109-1

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON SOUZA CRUZ					
DIAGNÓSTICO FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	109-1	DATA	24/02/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				5W
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				<del>12.00</del> <del>18.00</del>
4					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				<del>12.00</del> <del>18.00</del>
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16					
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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 29/2/20.

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO-CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOREDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	112x82	72		36	
18 H	120x80	70		36	
24 H	123/83	89		37°C	

Plantão noturno  
 Post. exames de LMG realizados  
 SSVV e medicação de rotina.

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**



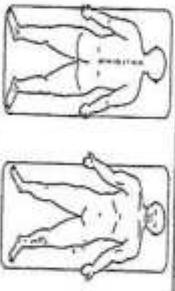
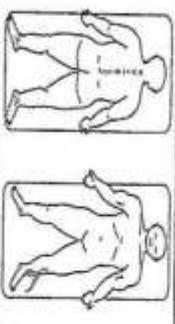
Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo nº 1  
Paciente: *Sofia dos Santos Souza*  
Leito: *109-1*

Versão: 08

Elaborada: 02/2013  
Data: *24/02/2020*

Atualizada: 2/2020

Localização		Região: <i>MIE</i> Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )		Região: <i>MIE</i> Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>    </u> Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: <u>    </u>	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>    </u> Tração <u>    </u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: <u>    </u>		
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros <u>    </u> ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: <u>    </u>	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( <input checked="" type="checkbox"/> Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros <u>    </u> ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: <u>    </u>		
Pele Perilesional	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> Serrossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: <u>    </u>	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> Serrossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: <u>    </u>		
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> Umido ( ) Seco	( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> Umido ( ) Seco		
Solução de Limpeza	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>    </u>	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <u>    </u>		
Cobertura primária				
Troca	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<i>Solange Maria de Silva</i> Téc. Enfermagem CEP: 08.000.000-0000-331	<i>Larissa Alves Mota</i> Téc. Enfermagem CEP: 08.000.000-0000-331		
Observações:		<i>ERM</i>		





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON SOUZA CRUZ					
DIAGNÓSTICO FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	109-1	DATA	25/02/2020
ÍTEM		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	MONITOR			
4		16			
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	17-18 24.00			
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	17-18 06.00			
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II	S/N			
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N			
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	S/N			
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	17-18 10.00			
13	CURATIVO	CURATIVO			
14	SSVV + CCGG 6/6H	POLAR			
15					
16					
<p><b>SE DIABÉTICO</b> 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</p>					

**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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 29/2/20.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x70	80	36	
18 H			1	
24 H	130x80	109		

109-1



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON SOUZA CRUZ					
DIAGNÓSTICO FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES					
ALERGIAS					
IDADE		HAS	DM2		
LEITO		109-1	DATA	26/02/2020	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				
4					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL: 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16					
<p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),          CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b>; 251-300: <b>4UI</b>; 301-350: <b>6UI</b>;          351-400: <b>8UI</b>; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE          50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 29/2/20.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6H	PA	FC	FR	
12H	130x80	66	19	
18H	125x81	114	36	
24H	135x85	105	36	

OBS: As 2:00 a farmácia não disponibiliza o item 11

066 94 108x83  
 2 109  
 7 262

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

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

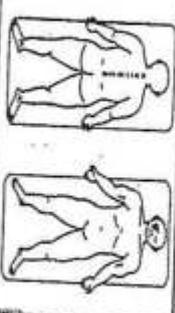
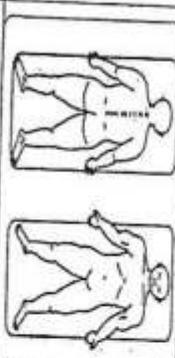


Núcleo de Enfermagem em  
 Tratamento de Feridas -  
**HGR**

Protocolo n° 1  
 Paciente: *Welferson Souza Cruz*  
 Leito: *10*

Versão: 08  
 Data: *20/10/2020*

Elaborada: 02/2013  
 Atualizada: 2/2020

Localização		Região: <u>M.T.E</u> Grau: I (X) II ( ) 03		Região: <u>M.T.E (perna)</u> Grau: I ( ) II (X) 03
Etiologia	( ) LPP III III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>Tracção</u> <u>02</u> Fixador Externo (X) Ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP III III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma: <u>Tracção</u> <u>02</u> Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:		
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros (X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros (X) Normal ( ) Macerado (X) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:		
Pele Perilesional	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:		
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco		
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze (X) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:		
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze (X) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:		
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<i>Roberto</i>	<i>Roberto</i>		
Observações:	<i>Juce</i>	<i>Juce</i>		

*Rosimede P. Nunes*  
 Tec. em Enfermagem  
 COREN-SP 178.877

*Flávia Cavallari Cuidado*  
 Enfermeira  
 COREN-SP 000.432.579

109-L



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON SOUZA CRUZ				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	109-1	DATA	27/02/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				SANO
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				manter
4					16
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				<del>16</del> 29 de
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				cf
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				SAN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				U.F. 16
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				10 22
13	CURATIVO				curativo
14	SSVV + CCGG 6/6H				paciente
15					
16					
<p><b>SE DIABÉTICO</b> 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</p>					

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 29/2/20.

de 130x70 80 36

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
12 H	130x80	80	18	36.3°C	
18 H	120x70	95		36.5°C	
24 H	130x70	92	19	36.5°C	

As 12:00h Paciente no Leito, Afébril  
 SSVV, segue sem queixas nas -  
 atividades da equipe de enfermagem.  
 Rosilene Garcia P. Mendo  
 no administração e It  
 J.J. pois não tem ra



109-L



CONHEÇA O HOSPITAL  
do Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON SOUZA CRUZ					
DIAGNOSTICO FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	109-1	DATA	28/02/2020
ITEM					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				SND
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	SUSPENSO			manta
4					SUSPEN
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SNI
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16					
<p><b>SE DIABÉTICO</b> 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</p>					

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 29/2/20.

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
12 H	120x80	101	20	36,8°C	
18 H	110x90	101		36,7°C	
24 H	127x84	103	-	36,3°C	

180 det medido do C.P.M  
e unificado BSCU.  
T.C. Jorgens

obli: Realizados os # tens  
C.P.M. PA 144x97 FC: 80,  
T: 35,6°C. mal

Martina S. Fiel  
Aut. E-16.709em  
COREN: 043001648



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JEFFERSON SOUZA CRUZ

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - SEXO

Masc.  1

Fem.  3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma contuso no olho direito devido a queda com moedadeira (SIC).

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Procedimento cirúrgico

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

História clínica, exames físicos, RX.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura supracondiliana do fêmur (SIC)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Distensão capsular + RMS

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. Evair Soares / Dr. Marcus 29/02/2020

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

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

0408050586 - 5779

45 - DOCUMENTO

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

0408060360 - 7842

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

29/7/20

79-2

1. h an -> 0408040711



BOLETIM OPERÁRIO

Jefferson Souza Cruz

Data: 23, 03, 2020. O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA SUPRAINFRACLAVICULAR DA TUBER. (E)  
 INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: RMS + OSTEASSINTESE  
 TIPO DE INTERVENÇÃO: CIRURGIA  
 INDICAÇÕES E ACIDENTES: φ  
 DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Jefferson Souza Cruz 1º aUXILIAR: Dr. MARCELO BRUNNER  
 2º AUXILIAR: Dr. Elder Soares INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_  
Ortopedia e Traumatologia CRM 1828/RR  
 3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
 ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_  
 INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em sala de cirurgia anestésico
- 2) POSICIONAMENTO; POSICIONAMENTO E COLACAÇÃO DA CAMPA CIRURGICA
- 3) Incisão longitudinal, FOM LOCAL DA LOCA (E) + DIVULSAO DE PUNTO ANATOMICO.
- 4) Exposição + limpeza da fratura sob visualização direta com plano condilar 4.5mm, 6 orificios com auxílio do magnificador de imagens. Obs: fratura grave, cominativa, com perda óssea.
- 5) redução da hematoma, LMC expansiva com 396 pontos, colocação de enxerto ósseo.
- 6) sutura de pontos anatômicos
- 7) Curativo.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		34a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jefferson Souza Cruz			109-01	87011	29 / 02 / 2020
<b>CIRURGIA</b>					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
RMS + Osteossíntese de fêmur (E) + Enxerto			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Osso			14:10	16:37	
<b>EQUIPE MÉDICA</b>					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Fabrício	
Elder		RES. ANESTESIA:		R: Daniel	
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		Yankee	
Wagner Brunner		CIRCULANTE		Dionegela Pereira Claudenir	
2º AUXILIAR		TIPO DE ANESTESIA:		Raqui	
		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5		<input type="checkbox"/>	FIO VICRYL Nº 0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0		<input type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 2-0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5 luvas Vinil (P)			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		<input type="checkbox"/>	FIO SEDA Nº Agulha / raqui Nº 24	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 01ML		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL (para desc...)	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 03ML luvas Vinil Agulha 40x42		<input type="checkbox"/>	CERA P/ OSSE Aladura (30/20cm)	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML		± 10g	KIT CATARATA Nº (pl condutor)	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML			GEOFOAM Escova p/ assepsia	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		± 100ml	EITA CARDIACA PUP 4pico	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodos		± 80ml	OUTROS: Clorxidina 4%	
	1 Cabeleira de O <sub>2</sub>		± 150ml	Bicel à 70%	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A) *		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
Yankee		Alessandra +		SUB-TOTAL	
		Aline		TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					





Nome: Leilerson Souza Cruz Setor/Leito: A/109-1 Data: 29/02/2020  
 Data de Nascimento: 18/10/1988 Idade: 32 anos Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim ( ) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA					
Cirurgia Proposta: <u>RMS + Osteotomia Femoral + Arthroscopia Femoral Distal</u>	Início da Anestesia <u>14:05</u>	Início da Cirurgia <u>14:10</u>	Término da Anestesia	Anestesia <u>RMS + Osteotomia Femoral</u>	Cirurgia <u>Osteotomia Femoral Distal</u>	Horário	Sinais Vitais	Horário	FC	PA	SPO2	ALDRE-TE	DOR 0/10
Informações: Jejum ( ) Sim ( ) Não (E) Prótese ( ) Sim ( ) Não Exames ( ) Sim ( ) Não Reserva UTI ( ) Sim ( ) Não Lateralidade ( ) Sim ( ) Não PNE ( ) Sim ( ) Não Alergia ( ) Sim ( ) Não	Cirurgia Realizada <u>RMS + Osteotomia Femoral Distal</u>	Anestesia <u>Raqui</u>	Posicionamento <u>Dono</u>	Localização 	Localização 	0'		0'					
Qual: Reserva de Hemoderivado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não Outros: <u>02 CH</u>	Hidratação Infundida <u>SF 0,9%: 1000ml</u>	Antibióticoterapia <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Hemoderivados <u>CH: <math>\emptyset</math></u>	1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros:	1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros:	15'	92	15'			93		
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: ( ) Deambulando ( ) Consciente/mago ( ) Com Suporte de O2 ( ) TOT ( ) Agitado	Outros: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>	Observações: <u>Observações:</u>	Observações: <u>Observações:</u>	30'		30'					
3. Sinais Vitais: T: _____ °C R: _____ rpm FC: <u>107</u> bpm PA: <u>109 x 59</u> mmHg SAT: <u>100</u> %	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>			45'		45'					
4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Admitido no SRPA em POI da RMS + osteotomia de femur femoral. Monitorizado. Não está da SRPA. Paciente encaminhado ao Bloco A - Leito 109-1</u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>			1h		1h					
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>			01:30h		01:30h					
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>			2h		2h					
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>	Plasma: <u>Plasma: <math>\emptyset</math></u>										
	Nome: <u>Nome: <math>\emptyset</math></u>												



**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**

Nome Flávia Sampaio Cruz  
Responsável Cirurgião Dr. Elton

**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 SANGUÍNEA > 500 ml**

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

[Assinatura]  
Assinatura

Data 24.02.2020 Hora: 13.00

**ANTES DA INCISÃO**

Anestesiata Dr. Gabriel + R. Daniel

**PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)**

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

**EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:**

**( ) REVISÃO DO CIRURGIÃO:**

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

**REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:**

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

**REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:**

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

**A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.**

Não se aplica  
( ) Sim,  
Qual: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.**

Sim  
( ) Não se aplica

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

**SAÍDA (Sala Pós Operatória)**

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

Sim ( ) Não

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

Sim ( ) Não ( ) Não se 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

109-01

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

PACIENTE Jefferson Louza Cruz  
 AGNÓSTICO FRATURA INTRAARTICULAR COM DIPLAVIA FEMOR (E)  
 ALERGIAS q HAS \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_ DM2 \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_  
 IDADE \_\_\_\_\_ LEITO \_\_\_\_\_ DATA 23/02/2020

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE <u>Alco RPA</u>	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	<u>vmanter</u>
3	SF 0,9% 500ML EV <u>SND 8/8H</u>	<u>20° 08 14</u>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <u>ly IV 6/6H</u>	<u>20° 08 12 18</u>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA <u>0</u>	<u>05</u>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<u>SN 20</u>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	<u>SN 20</u>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	<u>SUSPENSO</u>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<u>SN</u>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<u>20° 08 14</u>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	<u>SUSP 08 30</u>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	<u>SN</u>
13	SSVV + CCGG 6/6 H	<u>Retina</u>
14	CURATIVO DIÁRIO	<u>Retina Curativa</u>
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

*Dr. Elder Soares*  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 1828/RR

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**  
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:  
06/03/2020 109x73 | 103 | 36°C

SINAIS VITAIS				T
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	<u>140x90</u>	<u>59</u>		<u>36°C</u>
24 H	<u>130x80</u>	<u>122</u>		

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

12:00 faz DV 110 C-e-M 17:30  
18:00 pot no leito autossu doce e  
17:30, aferido 08500 e segue aos  
 curativos da P.O. Cur...

Antonio Francisco  
 CRM 1828/RR  
 16



109-1

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON SOUZA CRUZ				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	109-1	DATA	29/02/2020
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO, CIRURGIA HOJE				
2	AVP				
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA		SUSPENSO		
4					SUSPEN
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
13	CURATIVO				
14	SSVV.+CCGG 6/6H				
15					
16					
<p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),          CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b>; 251-300: <b>4UI</b>; 301-350: <b>6UI</b>;          351-400: <b>8UI</b>; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE          50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

**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, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 29/2/20.

SINAIS VITAIS				T	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
12 H	120 x 80	100		34.5°C	
18 H					
24 H					

109-1

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE <i>Joselson Souza Paiz</i>		
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DATA

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SVD
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	MANHÃ
3	SF 0,9% 500ML EV <i>8/8h</i>	<del>14-22.0</del>
4	DIPIRONA <del>500MG</del> EV 6/6H <i>1g</i>	<del>12 18 24.0</del>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<del>07.0</del>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<del>5.18</del>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	<del>5.18</del>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	<del>14</del> <i>0.77</i> (6)
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<del>5.18</del>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<del>12 18</del> <i>0.77</i> (6)
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	<del>10</del> <i>20</i> (6)
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	<del>5.18</del>
13	SSV + CCGG 6/6 H	<i>MANHÃ</i>
14	CURATIVO DIÁRIO	<i>MANHÃ</i>
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

*Dr. Iderson P. Silva*  
Médico  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR-1733

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	<i>118/80</i>	<i>109</i>	<i>-</i>
18 H			
24 H	<i>121/74</i>	<i>114</i>	<i>36.52</i>

MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*06A 125x75 116 36.00*



109-1

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON SOUZA CRUZ				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	109-1	DATA	02/03/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				SND
2	AVP				Manuten
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				12-24
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				24-06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				06-
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				SN
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN NVF
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 18 24 06
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12 24
13	CURATIVO				Rotina
14	SSVV + CCGG 6/6H				Rotina
15					
16					
<p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),          CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b>; 251-300: <b>4UI</b>; 301-350: <b>6UI</b>;          351-400: <b>8UI</b>; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE          50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

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, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, CIRURGIA DE OSTEOSSÍNTESE DE FEMUR DISTAL REALIZADA DIA 29/2/20.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	137/79	117	35/62	
18 H	120/90	94	36/20	
24 H	130/80	96	36/3	

12h. Administrado medicações c.p.m. após SSVV, segue aos cuidados

Plantas noturnas, administrado medicações prescritas, segue aos cuidados

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

Augusto Cavalcante  
C. 1964

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente:

Tejedor Souza Luiz

Data: 02/05/20

Leito: 109

Localização		Região: M I E / tibia		Região: M I E / tibia
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: ___ Tração ___ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<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: ___ Tração ___ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<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: ___ Tração ___ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<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: ___ Tração ___ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" 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"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
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 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:
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 checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Flávia Carolina Colatto Enfermeira Maria de Patrícia N. Viana Auxiliar de Enfermagem Jôhna Dayr Paiva Loureto COREN-PR 449.709 COREN-PR 487.034-TE	Rosângela Miguel Enfermeira Jôhna Dayr Paiva Loureto COREN-PR 449.709 COREN-PR 487.034-TE	Rosângela Miguel Enfermeira Jôhna Dayr Paiva Loureto COREN-PR 449.709 COREN-PR 487.034-TE	Rosângela Miguel Enfermeira Jôhna Dayr Paiva Loureto COREN-PR 449.709 COREN-PR 487.034-TE
Observações:				



GOV. DO ESTADO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

109-1

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON SOUZA CRUZ				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	LEITO	109-1	DATA	03/03/2020	
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				S/D
2	AVP				manhã
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12 24
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12 18 24 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S/N
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				S/N
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 18 24 06
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12 24
13	CURATIVO				curativo
14	SSVV + CCGG 6/6H				Retina
15					
16					
<p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b>; 251-300: <b>4UI</b>; 301-350: <b>6UI</b>; 351-400: <b>8UI</b>; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, CIRURGIA DE OSTEOSSINTESE DE FEMUR DISTAL REALIZADA DIA 29/2/20.

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

109-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Jefferson Souza Cruz 31 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 16 02, 20 COM  
DIAGNÓSTICO DE fx humer distal (E) + lesão Perna (E)

NO DIA 29 02 20 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Osteossintese SENDO

OPERADO PELO DR. Elder E DR. Marcus

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 03 03, 20 AS 9:00 EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 04 03 20 AS 11:00 COM O  
DR. Elder em 04 Outubro Suruany

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

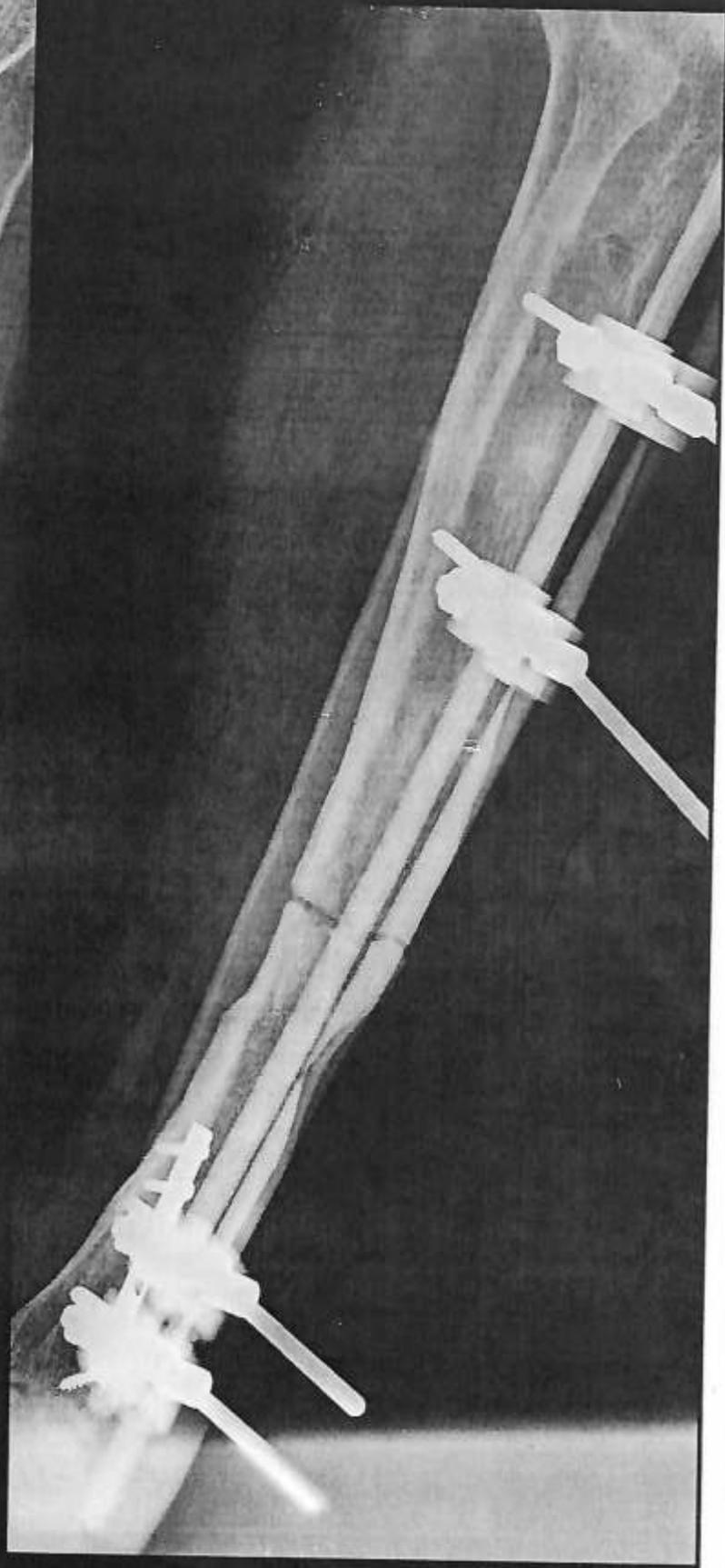
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Dabson

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

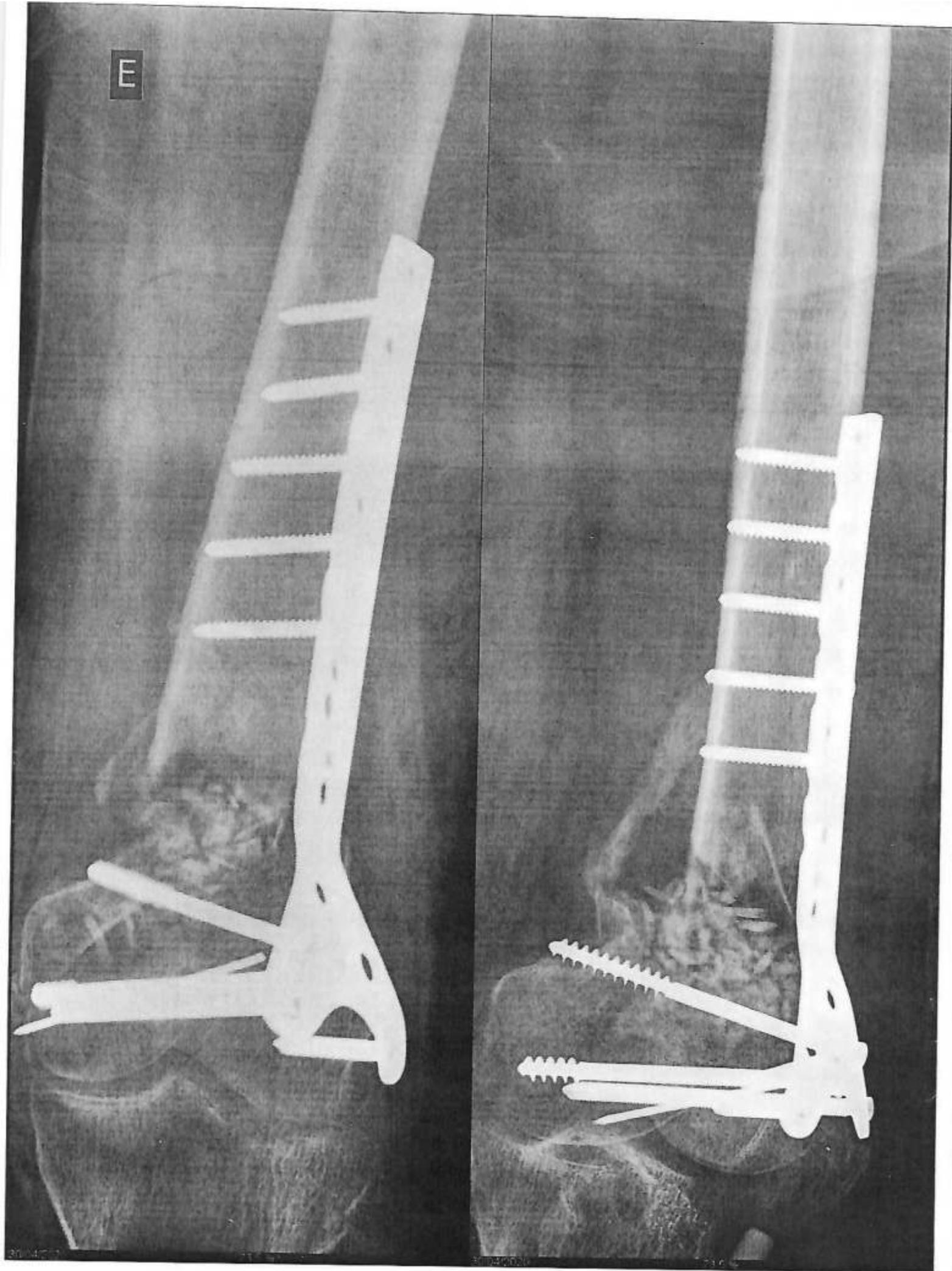
BOA VISTA, 07, 03 20

MÉDICO

E



E





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237941/20

**Vítima:** JEFFERSON SOUZA CRUZ

**CPF:** 983.529.462-34

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JEFFERSON SOUZA CRUZ

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JEFFERSON SOUZA CRUZ : 983.529.462-34**

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: 24/08/2020  
Nome: JEFFERSON SOUZA CRUZ  
CPF: 983.529.462-34

JEFFERSON SOUZA CRUZ

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200303281

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JEFFERSON SOUZA CRUZ

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

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 03/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL), FRATURA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 1\_LAUDO MÉDICO / PÁG. 5/39\_CIRURGIA.SINISTRO JUDICIAL: 2013559118  
Pasta SISJUR/GPROC 1103389  
Resultado do laudo de perícia judicial: 25% lesão no crânio - facial  
Valor apurado para pagamento do acordo judicial: R\$ 2.025,00.  
SOLICITO PERICIA

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

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200303281

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JEFFERSON SOUZA CRUZ

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

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 03/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL).  
FRATURA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 1\_LAUDO MÉDICO / PÁG. 5/39\_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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200303281

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEFFERSON SOUZA CRUZ

Data do acidente: 16/02/2020

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO FEMUR E + CONTUSÃO GRAVE EM OMBRO/MSE

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO DO OMBRO ESQUERDO APRESENTA FLEXÃO AOS 0°, EXTENSÃO AOS 0°, ABDUÇÃO AOS 0°, ADUÇÃO AOS 0°, ROTAÇÃO MEDIAL AOS 0°, ROTAÇÃO LATERAL AOS 0°, PRESENÇA DE ATROFIAS NO SEGMENTO, MOBILIZAÇÃO PASSIVA ANORMAL, CICATRIZ OPERATÓRIA INEXISTENTE, SEM AMPUTAÇÃO. APRESENTA NA REGIÃO OBSERVADA SENSIBILIDADE ANORMAL, COLORAÇÃO NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, SINAIS INFLAMATÓRIOS INEXISTENTES, PRESENÇA DE ALTERAÇÕES DA MUSCULATURA DO SEGMENTO, PRESENÇA DE ALTERAÇÃO MOTORA DO SEGMENTO. CUMPRE FRISAR QUE, CONFORME APURADO ATRAVÉS DO EXAME FÍSICO, O CONJUNTO DAS SEQUELAS REPERCUTE EM TODO O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, COM DÉFICIT FUNCIONAL TOTAL. AO EXAME FÍSICO DO JOELHO ESQUERDO APRESENTA JOELHO VARO, FLEXÃO AOS 0°, EXTENSÃO AOS 0°, AUSÊNCIA DE DERRAMES ARTICULARES, PRESENÇA DE ATROFIAS NO SEGMENTO, SEM AMPUTAÇÃO, MARCHA COM CLAUDICAÇÃO, AGACHAMENTO ALTERADO, COM ENCURTAMENTO. APRESENTA NA REGIÃO OBSERVADA MOBILIZAÇÃO PASSIVA ANORMAL, CICATRIZ OPERATÓRIA APARENTE, SENSIBILIDADE NORMAL, COLORAÇÃO ANORMAL, TEMPERATURA ANORMAL, SINAIS INFLAMATÓRIOS EXISTENTES, PRESENÇA DE ALTERAÇÕES DA MUSCULATURA DO SEGMENTO, PRESENÇA DE ALTERAÇÃO MOTORA DO SEGMENTO. CUMPRE FRISAR QUE, CONFORME O EXAME FÍSICO, O PERICIA DO POSSUI UM DÉFICIT FUNCIONAL DE GRAU INTENSO NO JOELHO ESQUERDO  
MSE: PARALISIA DO MEMBRO, FLACIDEZ MUSCULAR, ATROFIA MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR EM OMBRO/MSE: TEVE LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL SEM INDICAÇÃO CIRÚRGICA  
FEMUR DISTAL ESQUERDA: OSTEOSSÍNTESE COM COLOCAÇÃO DE PLACA COM PARAFUSOS ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL COMPLETO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO  
DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/09/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA MÉDICO EXAMINADOR: TEM DEFORMIDADES NO TERÇO MÉDIO/DISTAL DA PERNA DECORRENTE DE ACIDENTE ANTERIOR  
O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TÉRMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO E EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>88,75 %</b>	<b>R\$ 11.981,25</b>