

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 19/07/2018

COMUNICANTE: JOAQUIM BELEM DOS SANTOS
RG: 28701984 EXP.: SSP-AM CPF 429.781.302.53
ENDEREÇO: RUA RAIMUNDO ALVES SOARES Nº 581
BAIRRO: CARANÃ CIDADE: BOA VISTA UF: RR
SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: VENDEDOR AUTÔNOMO
NATURALIDADE: ARAGUACENA ESTADO: TO
DATA DE NASCIMENTO: 18.03.1973 IDADE: 44 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENS. FUND. INCOMP.
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 99167-7377 Nº REG. 28701984 CNH -1356333092
NOME DO PAI: ACELINO MARTINS DOS SANTOS
NOME DA MÃE: RAIMUNDA BELEM DOS SANTOS

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 03:00 MIN do dia 03/02/2018 NA RUA SABÁ CUNHA, BAIRRO JARDIM CARANÃ

O comunicante, relata que QUE É HABILITADO E na data, hora e endereço acima descrito, trafegava DE MOTOCICLETA, HONDA BIS/C100 BIS ES, PLACA NAN 9804,RENAVAN 00733223699,CHASSI 9C2HA0710YR227986, ANO 2000,DE PROPRIEDADE DE AURILANE GOMES PELA MENCIONADA VIA, sentido CENTRO/BAIRRO quando uma motocicleta não identificada invadiu a preferencial colidindo no lado direito do veículo do comunicante vindo o mesmo a cair, sofrendo lesões na perna e pé direito.informa ainda que foi socorrido pelo samu e conduzido ao HGR para atendimento médico. É o relato para efeito de SEGURO DPVAT.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO:


Joaquim Belem dos Santos

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."


Agente CARC. DE POLÍCIA CIVIL
Mat-042000372

DAT
04 ABR 2018
AGENTE DE
CONFERÊNCIA

09/10/2018



Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

(/)



Buscar no site



- A COMPANHIA
- SEGURO DPVAT
- PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)
- CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS
- SALA DE IMPRENSA
- TRABALHE CONOSCO
- CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a emissão do parecer final. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180381984 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAQUIM BELEM DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Boa Vista-RR

BENEFICIÁRIO JOAQUIM BELEM DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 42978130253

Posição em 09-10-2018 10:26:36

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/09/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
23/08/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/T0u2oYFhP0n8OQoDLC7Ijg=api_key=gETIoeUkI8DXJyDgZdZdyLCqe7SghzfN7HjN__W1IsGY=
23/08/2018	Aviso de Sinistro	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/rEFVfs9xHNcLLQKsih+OA==api_key=gETIoeUkI8DXJyDgZdZdyLCqe7SghzfN7HjN__W1IsGY=

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)





DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

JOAQUIM BELEM DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, vendedor, portador do RG n.º 28701984, inscrito no CPF n.º. 429.781.302-53, residente e domiciliado à Rua Raimundo Alves Soares, n.º. 630, Caranã, nesta cidade de Boa Vista – RR, declaro que, em razão de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Requer, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo, na forma do art. 98 do Código de Processo Civil.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus devidos efeitos legais.

Boa Vista-RR, 13 de Outubro de 2018.

Joaquim Belem dos Santos

DECLARANTE



(95) 99159-9799 (95) 98400-4001

(95) 98119-1571 (95) 98802-5059



macedonetoo@terra.com.br

Av. Nazaré Filgueiras, 3045, Alvorada,
Boa Vista-RR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
1356333092

1356333092

PROIBIDO PLASTIFICAR
1356333092

NOME
JOAQUIM BELEM DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF
28701984 SSP AM

CPF
429.781.302-53

DATA NASCIMENTO
18/03/1973

FILIAÇÃO
ACELINO MARTINS DOS SANTOS
RAIMUNDA BELEM DOS SANTOS

PERMISSÃO ACC CAT HAB. R.D.

1º REGISTRO 05560065623 VALIDADE 12/12/2021 1ª HABILITACAO 11/07/2012

OBSERVAÇÕES

Joaquim Belem dos Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSAO 15/12/2016

FRANCISCO ASSIS DA SILVEIRA
FUNTOR FIEL DO ISTE INTERNO
ASSINATURA DO FISCAL

86881978886
RR209053313

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

06/2018

Via de Pagamento para o mes/ano: 06/2018 referente a UC: 741884



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 966235

JOAO BARREIRO MARTINS JUNIOR

R. RAIMUNDO ALVES SOARES, 630 , B

CARANA

69313562 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 741884	MÊS 06/2018	PERÍODO DE CONSUMO 22-MAY-18 a 21-JUN-18
CONSUMO (kWh) 343	VENCIMENTO 10-JUL-18	TOTAL A PAGAR R\$ 218,72

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



Eletrobras

Distribuição Roraima

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 741884	MÊS 06/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 218,72
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

83610000022.187200750003.000000000745.188406180052



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
 Nº 011486612037

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 01 COD. RENAVAM 007349537 R.N.T.R.C. 00111486612037 EXERCICIO 2016

NOME **AURITHEME BOMEN** PLACA **DMH2904**

CPF/CNPJ **713.350.507-78** CHASSI **HU80401011711**

PLACA ANT./UF **713.350.507-78** ESPECIE TIPO **SEDAN** COMBUSTIVEL **BENZILINA**

PAIS/PAIS DE ORIGEM **BRAZIL** MARCA/MODELO **FORD FOCUS** ANO FAB. **2000** ANO MOD. **2000**

FUNDAÇÃO **100 ANOS** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **VERDE**

CAP./POT./CIL **2P/109/107** COTA UNICA **1** VENC./COTAS **1***

P #ISENTO# **V** FAIXA LPVA **A** FEMINILUIZ/EQUADISIVA de **Castilho**

PREMIO TARIFARIO (R\$) **R\$129,04** PREMIO ESPECIAL (R\$) **R\$11,11** DATA DE PAGAMENTO **10/08/2016**

OBSERVAÇÕES **Divisão Presidente Interino**

SEM RESERVA DE DIGNIDADE **SEM RESERVA DE DIGNIDADE**

LOCAL **MOA/MOIA/RR**

DETRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
 Nº 011486612037

BILHETE DE SEGURO DPVAT

VIA 01 COD. RENAVAM 007349537 R.N.T.R.C. 00111486612037 EXERCICIO 2016

NOME **AURITHEME BOMEN** PLACA **DMH2904**

CPF/CNPJ **713.350.507-78** CHASSI **HU80401011711**

PLACA ANT./UF **713.350.507-78** ESPECIE TIPO **SEDAN** COMBUSTIVEL **BENZILINA**

PAIS/PAIS DE ORIGEM **BRAZIL** MARCA/MODELO **FORD FOCUS** ANO FAB. **2000** ANO MOD. **2000**

FUNDAÇÃO **100 ANOS** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **VERDE**

CAP./POT./CIL **2P/109/107** COTA UNICA **1** VENC./COTAS **1***

P #ISENTO# **V** FAIXA LPVA **A** FEMINILUIZ/EQUADISIVA de **Castilho**

PREMIO TARIFARIO (R\$) **R\$129,04** PREMIO ESPECIAL (R\$) **R\$11,11** DATA DE PAGAMENTO **10/08/2016**

OBSERVAÇÕES **Divisão Presidente Interino**

SEM RESERVA DE DIGNIDADE **SEM RESERVA DE DIGNIDADE**

LOCAL **MOA/MOIA/RR**

DETRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
 Nº 011486612037

BILHETE DE SEGURO DPVAT

VIA 01 COD. RENAVAM 007349537 R.N.T.R.C. 00111486612037 EXERCICIO 2016

NOME **AURITHEME BOMEN** PLACA **DMH2904**

CPF/CNPJ **713.350.507-78** CHASSI **HU80401011711**

PLACA ANT./UF **713.350.507-78** ESPECIE TIPO **SEDAN** COMBUSTIVEL **BENZILINA**

PAIS/PAIS DE ORIGEM **BRAZIL** MARCA/MODELO **FORD FOCUS** ANO FAB. **2000** ANO MOD. **2000**

FUNDAÇÃO **100 ANOS** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **VERDE**

CAP./POT./CIL **2P/109/107** COTA UNICA **1** VENC./COTAS **1***

P #ISENTO# **V** FAIXA LPVA **A** FEMINILUIZ/EQUADISIVA de **Castilho**



PREMIO TARIFARIO (R\$) **R\$129,04** PREMIO ESPECIAL (R\$) **R\$11,11** DATA DE PAGAMENTO **10/08/2016**

OBSERVAÇÕES **Divisão Presidente Interino**

SEM RESERVA DE DIGNIDADE **SEM RESERVA DE DIGNIDADE**

LOCAL **MOA/MOIA/RR**

DETRAN

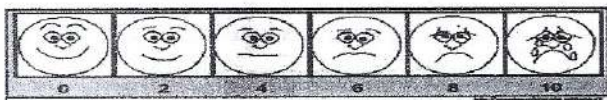
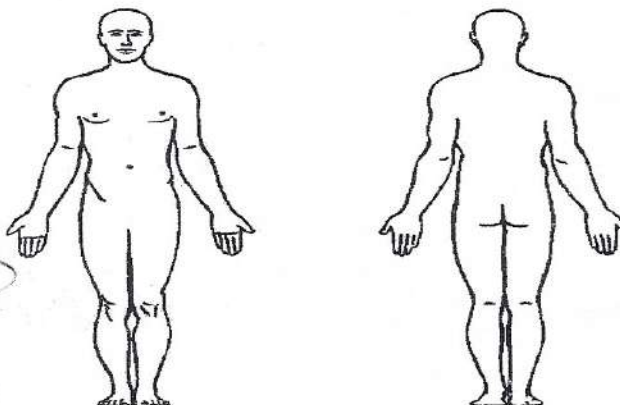
 FICHA DE ATENDIMENTO N° <u>12</u>																																															
UNIDADE: <u>SAU</u> EQUIPE: <u>Yvelton / Anderson / Agued</u>																																															
Paciente: <u>Joaquim Belim dos Santos</u> idade: <u>43</u> Sexo: <u>M</u>																																															
Nacionalidade: <u>Brasileiro</u> Raça: <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia																																															
Endereço: <u>R. São Curva, B. Jardim Central</u> Bairro:																																															
N° <u>1895</u> DATA <u>03/02/17</u>		HORA J/9: <u>02:57</u>	BASE <input checked="" type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RÁDIO																																												
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <u>Elaiza</u>		HORA J/10: <u>02:59</u>	<input checked="" type="checkbox"/> CELULAR																																												
MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input type="checkbox"/> OUTRO																																															
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> / 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> / 4 a 24 horas <input type="checkbox"/> / Mais de 24 horas <input type="checkbox"/> / Não sabe <input type="checkbox"/>																																															
MECANISMO DE TRAUMA																																															
AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac/De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:																																												
PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA	MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO x <u>motoc</u> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input checked="" type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Garupa																																														
AVALIAÇÃO INICIAL																																															
VÍAS AERÉAS <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outro:	VENTILAÇÃO <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	CIRCULAÇÃO <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	AVAL. NEUROLÓGICA <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV																																												
SINAIS VITAIS E ESCORES																																															
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR																																							
Início <u>03:00</u>	<u>PA57/90</u>	<u>90</u>	<u>36</u>	<u>97%</u>																																											
Fim																																															
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA																																															
Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input checked="" type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante <input type="checkbox"/>	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração																																										
Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações	MMSS <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	MMII <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <u>M.I.D</u> <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	QUEIMADURAS <table border="1"> <tr> <th>CABEÇA</th> <th>PESCOÇO</th> <th>TÓRAX ANTERIOR</th> <th>TÓRAX POSTERIOR</th> <th>GENITALIA</th> <th>MSD</th> <th>MSE</th> <th>MID</th> <th>MIE</th> <th>TOTAL %</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	GENITALIA	MSD	MSE	MID	MIE	TOTAL %																														
CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	GENITALIA	MSD	MSE	MID	MIE	TOTAL %																																						
AVALIAÇÃO CARDÍACA <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter		<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assístolia	AFEÇÃO CLÍNICA <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra	HISTÓRIA REGRESSA <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso																																										
GRAVIDADE COMPROVADA	<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA																																													
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino) <u>Fernando Carlos Oliveira</u> Médico CRM-RR 1982				MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS <input checked="" type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:																																											
INCIDENTE <input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:	OBSERVAÇÕES																																														
RCP <input type="checkbox"/> Iniciada as: <input type="checkbox"/> Término as: <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.:																																															
DESTINO <input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Íris - HLI <input type="checkbox"/> Outros																																													

CONFERE COM ORIGINAL
 EM 06/10/17
 S. S.

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	<i>Atividade 20 em -01</i>
Perda de líquido: _____ BCF: _____	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	

1.	Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
		Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
2.	Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
		Flexão normal (retirada)	4 pontos
		Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
		Extensão (descerebração)	2 pontos
		Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3.	Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
		Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incompreensíveis	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto



glasgow 14

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

*Encontro paciente em via pública, em atendimento pela
 Brasa I, colisão moto x moto, condutor da moto, com lacerações
 e deformidade em M1(0) (fratura aberta) em região de
 tíbia e fíbula, aparentemente alcoolizado, com hálito etílico.
 desperto, úmido, algo confuso, glasgow 14, supnucos, estável,
 com lacerações de escoriações em face, agitado.
 Feito collar cervical, mancha rígida, imobilização
 e curativo em M1(0), conduzido ao GT.*

Dr. Rafael Brito
Dr. [illegible]

CONFERE COM O ORIGINAL
 EM: 06/07/18
Stephanie



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

JOAQUIM BELEM DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, vendedor, portador do RG n.º 28701984, inscrito no CPF n.º. 429.781.302-53, residente e domiciliado à Rua Raimundo Alves Soares, n.º. 630, Caranã, nesta cidade de Boa Vista - RR, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seu procurador o Senhor:

ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO, brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/RR sob o n.º. 1044, inscrito no CPF n.º. 006.793.433-18, com escritório profissional à Av. Nazaré Filgueiras, n.º. 3045, Bairro Alvorada, Boa Vista - RR.

Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad judicium et extra", podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, e onde mais necessário for, mesmo extrajudicialmente, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de poderes, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromisso ou acordos, receber e dar quitação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais e RPV's, agindo em conjunto ou separadamente, pedir à justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, tudo isso em consonância com o art. 105 do NCPC, dando tudo por bom, firme e valioso ao fiel desempenho deste mandato.

Os poderes específicos acima outorgados poderão (ou não poderão) ser substabelecidos.

Boa Vista-RR, 13 de Outubro de 2018.




OUTORGANTE

(95) 99159-9799 (95) 98400-4001

(95) 98119-1571 (95) 98802-5059

 macedonetoo@terra.com.br

 Av. Nazaré Filgueiras, 3045, Alvorada, Boa Vista-RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

DECLARAÇÃO E RETIFICAÇÃO

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta registro de **DESCONHECIDO** - **retifica-se por JOAQUIM BELEM DOS SANTOS RG: 28701984 SSP/AM DN- 18/03/1973 - MÃE: RAIMUNDA BELEM DOS SANTOS.** deu entrada no PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO(GRANDE TRAUMA) no dia **03/02/2018** as 03 hs e 32 min por motivo de **(ACIDENTE DE MOTO)** recebeu os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: 1800903047.


Gerardo Oliveira Brito
Gerente - SAME - HGR
Mat. 20044061

Boa Vista-RR, 01 de Agosto de 2018.

03/02/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...

Raquel L. Salazar

Téc. Enfermagem
 COREN-RR 001.058.491-TE

BLOCO B

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - FAAR / PSFE
 AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800903047	03/02/2018 03:32:31	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19- 4		
Paciente	DESCONHECIDO	Data Nascimento	01/09/2015	Idade	2 A 5 M 2 D	GNS	
CPF	07	Prontuário					
Nome	Joaquim Belem dos Santos	Sexo	M	Estado Civil	Pai	Raça/Cor	
TIPO Doc	Documento	Orgão Emissor	DN - 18103/1973	Data Emissão		Naturalidade	
Endereço	- PCT DESACORDADO REMOVIDO PELO SAMU - SN - - -					Nacionalidade	ALBANIA
						Ocupação	NÃO INFORMADA

VALOR 0102

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sinais	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA				JACKSON.SADOVSKI

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Acidente de moto

Anamnese da Enfermagem

GSC	TOTAL
AO: 12 34 RV: 12 34 5 MRV: 12 3 4 5 6	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente vítima de colisão moto x moto, alcoolizado,igi todo, nem bu nhões de perda de consciência. Fratura em M.I.D.?

Exame Físico

BGG, algo confuso, AAA, unido, hi dse todo

Hipótese Diagnóstica

Fratura em M.I.D. Politrane?

Sinais - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	EDILSON GONCALVES DE OLIVEIRA TÉCNICO EM ENFERMAGEM COREN-RR 859.996 - TE	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) Lepto no 1g (cu) Agora		05:10h	
2) Dipirona no 1g (cu) Agora			
3) Tylotid 20mg (cu) Agora			
A OCTOPEDA			



Conduta

Alta por Decisão Médica Ambulatório

Alta a Pedido Observação (Até 24h)

Alta a Revelia Internação

Transferência para: _____ Data e Hora da Saída/Alta: / /

Objeto

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

Assinatura do Paciente ou Responsável _____ Carimbo e Assinatura do Médico _____

Expresso por: jackson.sadovski
 Data / Hora: 03/02/2018 03:34:10



SUS Sistema Único de Saúde
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PRECEDENTE
 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PRECEDENTE: HAR
 2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PRECEDENTE: HAR
 3 - CIDES: _____
 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 4 - NOME DO PACIENTE: Joaquim Belo de S. C.
 5 - Nº DO PRONTUÁRIO: _____
 6 - DATA DE NASCIMENTO: 10/14/27 06 38 49 99
 7 - SEXO: M
 8 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Raimunda Belém dos Santos
 9 - TELEFONE DE CONTATO: 48 3373
 10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Barão Lamineze
 11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boa Vista
 12 - COL. DO MUNICÍPIO: _____
 13 - UF: MN
 14 - CEP: _____

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **Justificativa da Internação**
 Pont com faturamento de tubis @
 TFO ungi
 EF + Rx
 18 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESUMOS DE EXAMES LABORATORIAIS):
 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESUMOS DE EXAMES RADIOLÓGICOS):
 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Tubis @**

HOSPITAL GERAL DE NOVO PLANTÃO
 Av. BHS, s/nº - Novo Plantão
 21.21.0020
AUTORIZAÇÃO
 08 ABR 2019
 Certifico e Dou Fé que é presente cópia e fiel reprodução Original apresentada neste Hospital

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **PROCEDEMENTO SOLICITADO**
 TFO ungi de tubis @
 22 - CENECIA: _____
 23 - CATEGORIA DE INTERNAÇÃO: _____
 24 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: R. Alberto da Silva
 25 - Nº DO DOCUMENTO (CARTÃO) DO PROFISSIONAL COMO PARTICIPANTE ASSISTENTE: 10310418
 26 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 10/31/18
 27 - ASSINATURA E CARIMBO (AP DO REGISTRO DO CONSELHO):
 28 - CATEGORIA DE SEGURANÇA: _____
 29 - Nº DO SELIETE: _____
 30 - CATEGORIA DA EMPRESA: _____
 31 - CNPJ: _____
 32 - VENCIMENTO COM PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () PREVIDENTE () APOSENTADO () NÃO SEGURO

33 - DATA DE AUTORIZAÇÃO: 4/2/18
 34 - ASSINATURA E CARIMBO (AP DO REGISTRO DO CONSELHO):
 35 - CÓD. ÚNICO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0408050500-5872
 36 - DATA DE AUTORIZAÇÃO: 4/2/18
 37 - ASSINATURA E CARIMBO (AP DO REGISTRO DO CONSELHO):



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

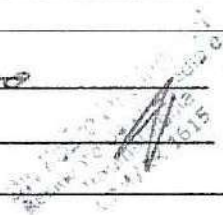
BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 03/02/19 O.S. _____

*Teogin Bel de
Santos*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Fístula apert de tubo (D)*
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: *FHO cirurgia fístula apert tubo (D)*
TIPO DE INTERVENÇÃO: *Urgência*
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: *N*
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *o*

CIRURGIÃO: *Dr Pedro* 1º AUXILIAR: _____
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____



RELATÓRIO CIRURGICO

*(1) Lavagem com DDH + Anestesia
(2) Anestesia + Antibiótico
(3) LMC com SF0.9% exantemático
(4) Desbridamento
(5) Sutura
(6) Fixação temporária de co. fístula 300
(7) Colocação rodógrafio
(8) Lavagem
(9) Ao RPA*



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 07.03.19 C.S. _____

*Teogio Belen de
Santos*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fístula externa de tubo ①

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fid cirúrgico fístula externa tubo ②

TIPO DE INTERVENÇÃO: cirúrgico

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: NS

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

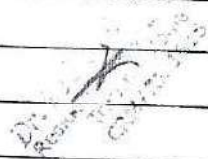
CIRURGIÃO: D. Teófilo 1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____



RELATÓRIO CIRURGICO

① Lavagem com DDH + Anestésico

② Anestesia + Antimicrobiano

③ LMC em (50.9%) excisional

④ Desbridamento

⑤ Sutura

⑥ Fixação da cartilagem de com pontos 300

⑦ Olo tubo radiopaco

⑧ Curativo

⑨ No RPA

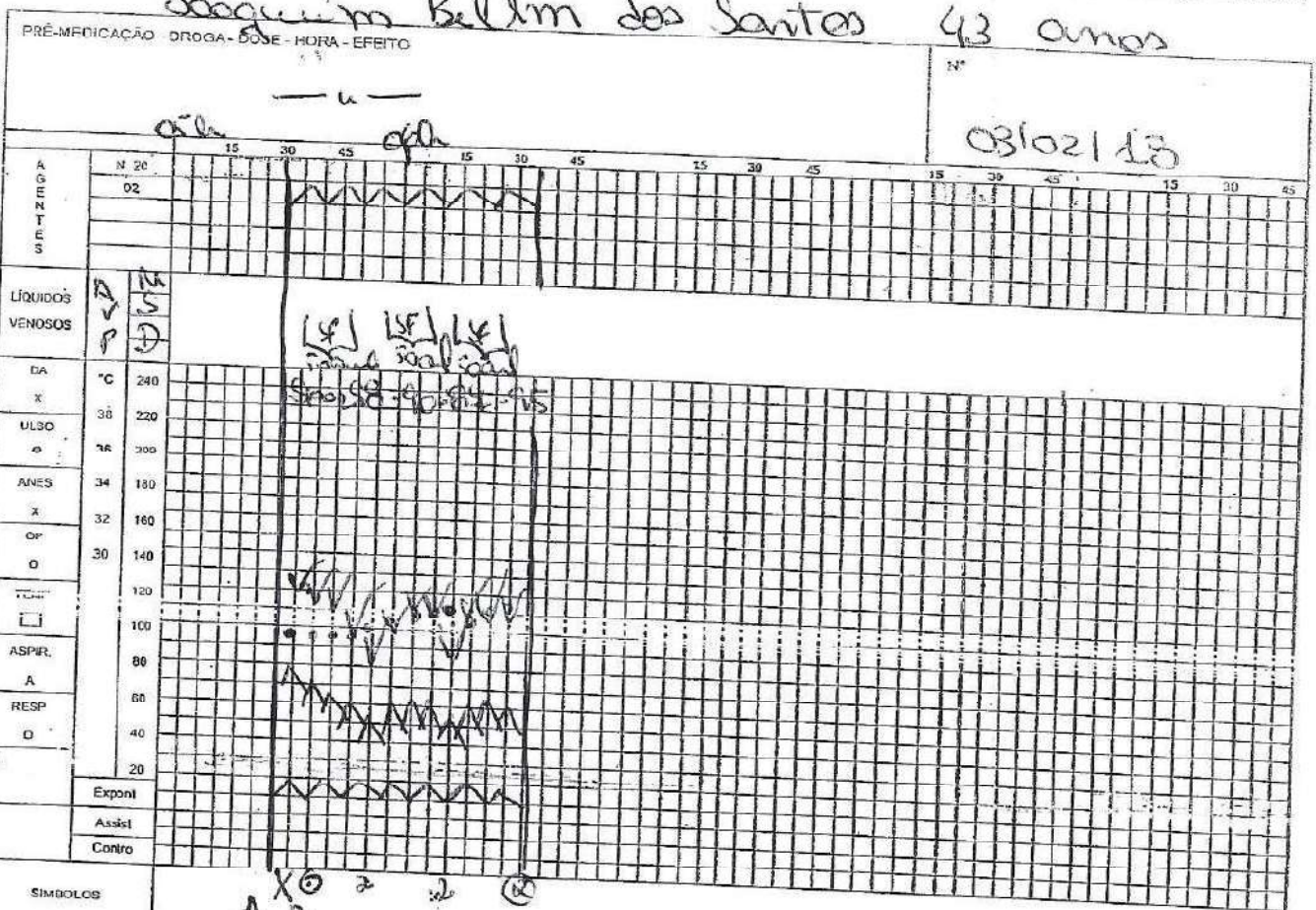


Emergência / ortopedia

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 Avenida 9 de Julho s/nº

FICHA DE ANESTESIA

Joaquim Belém dos Santos 43 anos



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Duplicado no ar 1500	Procuradoativo	X se necessita monitorizar clearance arterial - alívio de resp. pós cirurgia com dead space + campo - punção de gases 13 e 14 com cânulas (E) com quivete 25G - punção de dupl. de ar 1500 ml 0,5% 1500 ml (E) (A) eletrólitos 1g (E) (B) 10 EPA (C) defeso no 10g (E)
B		Controle por oxímeter	
C	X	Simplex	
D			
E		vent. mec. espont. com cânula nasal	
F		alívio	
GLICOSE	LIQUÍDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
HDCC		Naso / Orofaríngea - Gêlo	
SANGUE		Bal - Tamp - Colôno do Tuho	
SFORZ.	1500 ml	Sob Máscara	
TOTAL	1500 ml	Originalidade Técnica	
OPERAÇÃO		TEMPO DE ANESTESIA	
Dilatamento emergência porto art. Tib.			Laringo - Espasmo - Excesso Secre Tensão de Respiração - Hiper "Bupivac" Vômito Hemorragia - Anemia Braditardia - Choque
ANESTESIA	CODIGO	CIRURGO	PERDA SANGUÍNEA
Dr. Elyseu / Dr. Edson		Dr. Alberto / Dr. Pedro (R3)	minimo

Elyseu Silva
 CRM 1424/RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

RELATÓRIO DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Joaquim Belém dos Santos</i>	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>03/10/21</i>
TIPO <i>Fixador externo M.F.D</i>		CIRURGIA	
CIRURGIÃO <i>Pedro</i>		EQUIPE MÉDICA	
1º AUXILIAR	ANESTESISTA: <i>Euclene</i>	RES. ANESTESIA: <i>Fabiane</i>	INSTRUMENTADOR
2º AUXILIAR	CIRCULANTE <i>Flávia, Edineia, Soraia, Claudete, etc.</i>	TEMPO DE DURAÇÃO	
TEMPO DE ANESTESIA: <i>Raque</i>		INICIO <i>05:39</i>	FIM <i>6:30</i>
QUANT.		TEMPO TOTAL	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
7	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
7	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
20	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
2	LÂMINA BISTURINº 15			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	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
7	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
7	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
7	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
7	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	agulha p/ raque		1	OUTROS:	
3	esova p/ desmamação		5		

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Gabriel</i>
INCRONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA <i>Silvino</i>

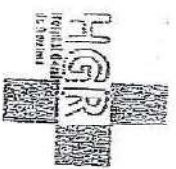
DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS	VALOR
SUB-TOTAL	
TAXA DE SALA	

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
 Av Nelson Palma Travassos, 651 - CEP 02998-000
 Tel: 55(11)39494000 - Fax: 55(11)39494010
 Email: Site: www.ortosintese.com.br

Ref.: 4747/02 Lote: S14248 Quant.: 1 pc

FIXADOR LAY FIX O/ BARRA 300MM
 FIXADOR EXTERNO LAYFIX
 FIXADOR EXTERNO
 Registro ANVISA N 10223710095
 MP AISI 304 ASTM F138 ALUMINIO
 12/6/2018 12/6/2018
 European Authorized Representative: Orelis s r l
 Bv. General Wavens 55
 14200 Brussels, BELGIUM
 Tel: +32(2) 732 59 54 Fax: +32(2) 732 69 03 e-mail: info@orelis.net
 Resp. Vendas: J. P. B. Resp. Técnico: CAPLOS M. NAKAMURA/OREAN 0801936973



SAL - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA
 NOME: Joana Maria Silva Bate

DATA DE REALIZAÇÃO: 03/01/2019

HORA: 14h

PROFESSOR: Felipe

ALUNO: Felipe

CONTINUAÇÃO: Sim

TIPO DE PROCEDIMENTO: Cirurgia

TIPO DE ANESTESIA: Local

TIPO DE PROCEDIMENTO: Exame

TIPO DE ANESTESIA: Local

TIPO DE PROCEDIMENTO: Exame

TIPO DE ANESTESIA: Local

TIPO DE PROCEDIMENTO: Exame

TIPO DE ANESTESIA: Local

TIPO DE PROCEDIMENTO: Exame

TIPO DE ANESTESIA: Local

TIPO DE PROCEDIMENTO: Exame

TIPO DE ANESTESIA: Local

TIPO DE PROCEDIMENTO: Exame

TIPO DE ANESTESIA: Local

TIPO DE PROCEDIMENTO: Exame

TIPO DE ANESTESIA: Local

TIPO DE PROCEDIMENTO: Exame

TIPO DE ANESTESIA: Local

TIPO DE PROCEDIMENTO: Exame

TIPO DE ANESTESIA: Local

TRANSOPERATÓRIO

Início de Sala	Início de Cirurgia	Início de Anestesia	Término Cirurgia	Término Sala S.O.
04:40	05:35	05:25	06:30	

Cirurgia Realizada	Anestesia	Posição do paciente
<u>Exame</u>	<u>Rogon</u>	<u>Dorsal</u>

Medicamentos	Tabela	Medicamentos
<u>Amidol</u>	<u>100mg</u>	<u>100mg</u>

Medicamentos	Tabela	Medicamentos
<u>Amidol</u>	<u>100mg</u>	<u>100mg</u>

Medicamentos	Tabela	Medicamentos
<u>Amidol</u>	<u>100mg</u>	<u>100mg</u>

Medicamentos	Tabela	Medicamentos
<u>Amidol</u>	<u>100mg</u>	<u>100mg</u>

Medicamentos	Tabela	Medicamentos
<u>Amidol</u>	<u>100mg</u>	<u>100mg</u>

Medicamentos	Tabela	Medicamentos
<u>Amidol</u>	<u>100mg</u>	<u>100mg</u>

Medicamentos	Tabela	Medicamentos
<u>Amidol</u>	<u>100mg</u>	<u>100mg</u>

Medicamentos	Tabela	Medicamentos
<u>Amidol</u>	<u>100mg</u>	<u>100mg</u>

Medicamentos	Tabela	Medicamentos
<u>Amidol</u>	<u>100mg</u>	<u>100mg</u>

Medicamentos	Tabela	Medicamentos
<u>Amidol</u>	<u>100mg</u>	<u>100mg</u>

Medicamentos	Tabela	Medicamentos
<u>Amidol</u>	<u>100mg</u>	<u>100mg</u>

Medicamentos	Tabela	Medicamentos
<u>Amidol</u>	<u>100mg</u>	<u>100mg</u>

Medicamentos	Tabela	Medicamentos
<u>Amidol</u>	<u>100mg</u>	<u>100mg</u>

Cirurgia

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Localização

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Srpa

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Sinal Vital

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Sinal Vital

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

Exame

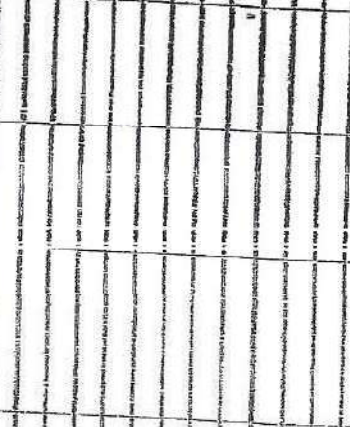
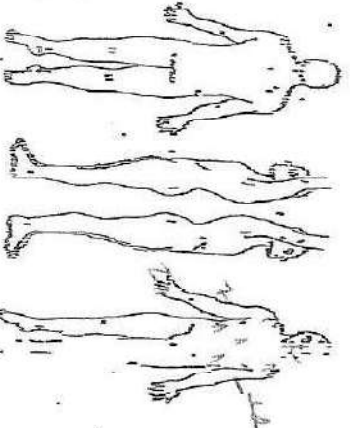
Exame

Exames na SO: Hc Hb Hemograma Rolo X

Exames na SO: Hc Hb Hemograma Rolo X

Legenda:
 1. Eletrodo
 2. Oximétrico
 3. PVC
 4. Placa de eletrodo
 5. Sonda
 6. Sonda
 7. Sonda
 8. Sonda
 9. Sonda
 10. Sonda
 11. Sonda

Legenda:
 1. Eletrodo
 2. Oximétrico
 3. PVC
 4. Placa de eletrodo
 5. Sonda
 6. Sonda
 7. Sonda
 8. Sonda
 9. Sonda
 10. Sonda
 11. Sonda



Exames na SO: Hc Hb Hemograma Rolo X

Exames na SO: Hc Hb Hemograma Rolo X

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Jonhann de Silva Santos
Responsável Cirúrgico: Pato

ENFERMAGEM (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento
Consentimento: Sim Não

RISCO CIRÚRGICO
 Aplica Não se Aplica Evengues

SÍTIO DEMARCADO
 Sim Não Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA café, leite
 Não Sim, Qual: nos alimentos

VIA AÉREA EM RISCO DE ASPIRAÇÃO
 NÃO

VIA AÉREA EM RISCO DE ASPIRAÇÃO
 Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
 NÃO

Sim, e acesso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura: [Assinatura]
Hora: 03/02/19
Fabricação: S.S. B. H. 1911
Fábrica: S.S. B. H. 1911
CRM-RR 1512

Antes da Incisão
Anestésia: Evolução

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 instrumentos, 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

SÁIDA (Sala Pós-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
 Sim Não


2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E GUILHAS 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 REVISAVAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA EQUIPE
 Sim Não Não se Aplica

Assinatura e Carimbo: [Assinatura]
Assinatura e Carimbo

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Jorge Belém dos Santos				
DIAGNÓSTICO	FX EX dos ossos da perna (D)				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	07/10/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manter
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				08-12-18-4
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				08-18
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN				SN
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				-
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SU
10	SSVV + CCGG 6/6 H				-
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				-
14	CURATIVO DIÁRIO				Roupa
15	Gentamicina 290 g EV 1x/d				07
16	metamizol 500 g EV 8/8h				14-22-06
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
19	C = NFORME = SQUEMA = 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-				
20	400: 8UI; ≥ 400: 16 UI E OU GLICOSE < 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML				
	EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
 Dr. Pedro de C. Neto Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia					
SINAIS VITAIS					
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.



 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			 HGR Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	JOAQUIM BELEM DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	NEGA		
IDADE	LEITO		DATA		03/02/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO- SF0.9%500ML 12/12HS					
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6HS					
4	TILATIL 20MG EV 12/12H D2					
5	DIPÍRONA 2ML EV 6/6HS SN					
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N					
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					
10	SSVV + CCGG 6/6 H					
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					
14	CURATIVO DIARIO					
15	GENTAMICINA 240MG IV 1X/DIA D2					
16	METRONIDAZOL 500MG IV 8/8HS					
17	AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).					
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-					
20	400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML					
	EV + AVISAR PLANTONISTA					

Dr. *[Signature]* Soares
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	T	Fc	PA	diurese
6 H				
12 H	36.8	49	152x93	3X
18 H	37.1	87	128x87	
24 H	37.7	90	110x68	

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 HGR Hospital Geral de Roraima	
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	JOAQUIM BELEM DOS SANTOS		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA		
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE		LEITO	208.3 DATA 04/02/2018
ÍTEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SUB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO- SF0.9%500ML 12/12HS		12-24
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6HS		12-24
4	TILATIL 20MG EV 12/12H D2		12-24
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN		SU
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SU
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SU
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		SU
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SU
10	SSVV + CCGG 6/6 H		Rat
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		SU
14	CURATIVO DIARIO		12-24
15	GENTAMICINA 240MG IV 1X/DIA D2		16
16	METRONIDAZOL 500MG IV 8/8HS		12-24
17	AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA		
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-		
20	400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			

Bloco - B
NIR
 Regulado
 para leite
 208-1
 Regulação Interna

Prontuário
 Dr. Leonardo Rabelo
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 1716

SINAIS VITAIS	PA	FC		
6 H	118x89	93	—	36°C
12 H	119x65	85		
18 H	114x67	80	—	36,9°C
24 H	110x65	94	—	36°C

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

15:00 PCT
 curado do
 trauma
 as 17:00,
 realizado
 2 dias 03 e

14:30 hrs { PA : 108 x 71
 FC : 99

20h realizado curativo em nível D e Ocluido. Tec: Edilson + Sunitica.
 20h paciente recusou o banho no leito.

Marinalda S. R.
 Aux. Enfermagem
 COREN: 043001



GOVERNO 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: 03/01/2018 DN: 18/03/1973

PACIENTE: JOAQUIM BELM DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPÓSITA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

ALERGIAS: **nega** HAS **nega** DM **nega**

IDADE: 45 ANOS LEITO: 208-3 DATA: 06/02/2018

ITEM: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORÁRIO: _____

1 DIETA ORAL LIVRE _____ SMD

2 SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS _____

5 DAPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS _____

6 TRAMAL 100MG /ML DAR 20 GOTAS SE NECESSARIO DE 6/6 HORA _____

7 SSVV+CCGG 6/6 horas _____ SN

8 CURATIVO DIARIO _____ Notina

9 cefalotina 1g ev 6/6 horas _____ M

10 _____

11 _____

12 _____

13 _____

14 _____

15 _____

16 _____



1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI, 301-350: 6UI;
 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50%
 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E
 OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER
 ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA

Coleta de Exames-HGR
 DATA 07/02/18
 HORA 03:50
em coleta

	PA	FC	FR	TEMP	
SINAIS VITAIS					Dr: MARCELO MARQUES CRM: 1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	138x82	89	-	36,2°	
12 H	141x87	99		36,2°	
18 H	140x80	70		36,2°	
24 H	129x83	78	-	36,2°	

*Dr. 306 - Pânico
 Marcelo A.V.P. Silva
 M: 90 21 115
 Gardene O. Santos
 COREN-RR 638.891-TE*

 GOVERNO DE RORAIMA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	03/01/2018	DN	18/03/1973		
PACIENTE	JOAQUIM BELM DOS SANTOS						
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSITA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA						
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega		
IDADE	45 ANOS	LEITO	208-3	DATA	07/02/2018		
ÍTEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SUM	
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS					CRIS 10/18 08	
5	DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS					CRIS 10/18 24:00	
6	TRAMAL 100MG /ML DAR 20 GOTAS SE NECESSARIO DE 6/6 HORA					SU	
7	GGVV+CCGG 0/6 horas					ROTINA	
8	CURATIVO DIARIO					M	
9	cefalotina 1g ev 6/6 horas					CRIS 10/18 24:00	
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
<p>1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .</p>							
EVOLUÇÃO MÉDICA							
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	TEMP	Dr; MARCELO MARQUES CRM:1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia Dr.iane Steffany Ferreira Diniz COREN-RR 876.689-TE	
6 H	100x80	81	-	36°C			
10 H	112x75	75	-	36°C			
18 H	100x70	66	-	36,3°C			
24 H	102x80	76	-	36,6°C			



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HCR

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:
 Fevereiro 2013

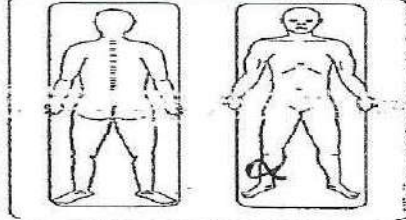
Atualização: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 208 - 3

Nome: **Joaquim B. dos Santos**

ATA: 07/02/18

Localização / Região: **MID**

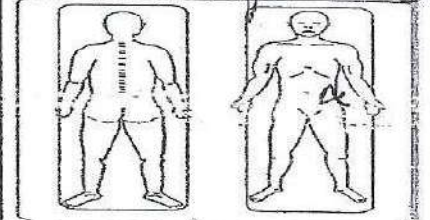


GRAU - I

GRAU - II 3

DATA: 07/02

Localização / Região: **flancos**



GRAU - I

GRAU - II

Etiologia: Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética neuropática cirúrgica Trauma outra: _____

Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm

Aparência do Leito: Tecido de granulação com estacelo Tecido necrótico Tecido de granulação com estacelo Tecido necrótico Escara

Quantidade de Exsudato: seco, mínimo úmido, pouco úmido, moderado molhado, abundante seco, mínimo úmido, pouco úmido, moderado molhado, abundante

Tipo de exsudato: Seroso Fibrinoso Sanguinolento Seroso Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serossanguíneo Purulento Serossanguíneo

Odor: Sim Não Sim Não

Odor: evidente na remoção da cobertura a beira do leito a beira do leito evidente ao entrar no quarto Sem odor evidente ao entrar no quarto Sem odor

Condição da pele perilesional: Normal Macerada seca Eritema / Rubor Normal Macerada seca Eritema / Rubor Prurido Outras _____

Medicação para limpeza: Sem fisiológico 0,9% Clorexidina 1% Clorexidina 4% Outro: _____ Sem fisiológico 0,9% Clorexidina 1% Clorexidina 4% Outro: _____

Cobertura primária (contato direto na lesão): Gaze Colagenase Fibrinase Sulfadiazina de Prata AGE Outro: _____ Gaze Colagenase Fibrinase Sulfadiazina de Prata AGE Outro: _____

Tempo curativo: Manhã Tarde Manhã Tarde

Data da próxima troca: _____



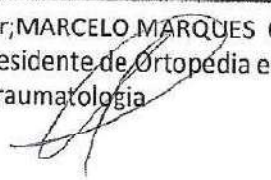
Em caso de + de 24hs: _____

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: 01- **Larissa Alves Mota** 02- **Selma** 01- **Larissa** 02- **Selma**

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: **Larissa** **Selma**

OBS: _____

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser evoluídas separadamente.

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
DE ADMISSÃO		DIH	03/01/2018	DN	18/03/1973		
PACIENTE		JOAQUIM BELM DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA					
ALERGIAS		nega	HAS	nega	DM	nega	
IDADE		45 ANOS	LEITO	208-3	DATA	08/02/2018	
ITEM	RESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE						
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS					SND	
5	DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS					11:18 24/8	
6	TRAMAL 100MG /ML DAR 20 GOTAS SE NECESSARIO DE 6/6 HORAS					SN	
7	SSVV+CCGG 6/6 horas					10:11:11	
8	CURATIVO DIARIO					M	
9	cefalotina 1g ev 6/6 horas					12:18 24/8	
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
<p>1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .</p>							
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
		PA	FC	FR	TEMP	Dr. MARCELO MARQUES CRM:1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia 	
SINAIS VITAIS							
6 H					36,6		
12 H		124/84	84		37,0		
18 H		124/84	84		37,0		
24 H		126/84	90		36,5		

Josefa Ligia Lopes Damasceno
 Téc. de Enfermagem
 COREN-RR 245.335

CO

208-3



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



DE ADMISSÃO: DIH 03/01/2018 DN 18/03/1973

PACIENTE: JOAQUIM BELM DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

ALERGIAS: nega HAS nega DM nega

IDADE: 45 ANOS LEITO: 208-3 DATA: 09/02/2018

ITEM	RESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS	
5	DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS	
6	TRAMAL 100MG /ML DAR 20 GOTAS SE NECESSARIO DE 6/6 HORAS	
7	SSVV+CCGG 6/6 horas	
8	CURATIVO DIARIO	
9	cefalotina 1g ev 6/6 horas	
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA
 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

[Empty space for medical evolution]

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	104/50	83		36
12 H	147/84	86	-	36.40
18 H	100/50	93		35.50
24 H	94/63	82		37.3



Dr. MARCELO MARQUES CRM:1918
 Residente de Ortopedia e Traumatologia



Isabel administrado medicamentos das farmácias.
 Isabel Gomes Manoel
 Téc. de Enfermagem
 COREN-RR 510.039
 Isabel

Isabel medicada conforme pedido médico.
 Erinalda Soares Pinto
 COREN-RR 1.223.379 TE
 Isabel


Administrado medicamentos do horário matutino.
 Não realizado troca de lençol, pois a lavanderia não disponibilizou quantidade necessária.

Pollyana P. de Medeiros
 Téc. em Enfermagem
 CORENRR 33173

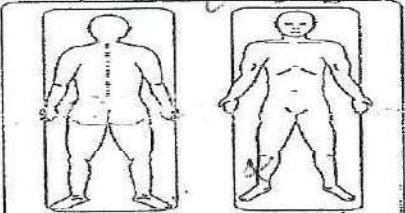
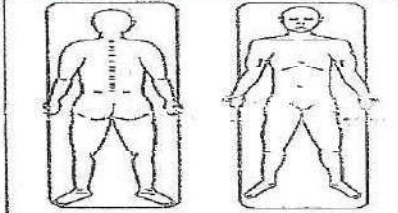
 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DE ADMISSÃO		DIH	03/01/2018	DN	18/03/1973
PACIENTE	JOAQUIM BELM DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA				
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	45 ANOS	LEITO	208-3	DATA	10/02/2018
ÍTEM	RESCRIÇÃO	HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS				
5	DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS				
6	TRAMAL 100MG /ML DAR 20 GOTAS SE NECESSARIO DE 6/6 HORAS				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	cefalotina 1g ev 6/6 horas				
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<p>1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .</p>					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
	PA	FC	FR	TEMP	Dr;MARCELO MARQUES CRM:1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
SINAIS VITAIS					
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA		DE ADMISSÃO		DIH	03/01/2018	DN	18/03/1973
PACIENTE		JOAQUIM BELM DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA					
ALERGIAS		nega	HAS	nega	DM	nega	
IDADE		45 ANOS	LEITO	208-3	DATA	10/02/2018	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO					
1	DIETA ORAL LIVRE	SND					
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS	10 18 07					
5	DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS	12 18 24 08					
6	TRAMAL 100MG /ML DAR 20 GOTAS SE NECESSARIO DE 6/6 HORAS	SND					
7	SSVV+CCGG 6/6 horas	prontuário					
8	CURATIVO DIARIO	M					
9	cefalotina 1g ev 6/6 horas	12 18 24 08					
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .							
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	TEMP	Dr;MARCELO MARQUES CRM:1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia	
6 H							
12 H		122x90	67		36.4°		
18 H		137x90	89		36.3°		
24 H		130x80	87		36.4°		

Obh - 120x76 - 66 - 35.7

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1 Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualização: Janeiro / 2015	
		ENF/LEITO: 208-3	

Nome: Joaquim Belino dos Santos

DATA: <u>10/02/18</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II <u>X4</u>	Localização / Região: <u>M.D</u> 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: 
---	---	--	--

Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:
-----------	--	--

Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
--------------------	--	--

Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> com esfacelo <u>Peso / Sutura</u>	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Escara
---------------------	--	--

Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
------------------------	--	---

Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo
-------------------	---	--

Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------	---	--

Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
-------	--	---

Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:
--------------------------------	--	---

Solução para Empeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:
---------------------	---	--

Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro:
--	---	---

Mora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
-------------------	---	--

Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		
---	--	--

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Vanessa da Silva Moraes</u> Técnica Enfermagem COREN-RR 935 1 2 77	02- <u>Rosmeide P. Nunes</u> Técnica Enfermagem COREN-RR 778 67
-----------------------------------	---	---

OBS:	OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs. Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



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



DE ADMISSÃO _____ DIH 03/01/2018 DN 18/03/1973

PACIENTE JOAQUIM BELM DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

ALERGIAS **nega** HAS **nega** DM **nega**

IDADE 45 ANOS LEITO 208-3 DATA 11/02/2018

ÍTEM	RESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SUB
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS	18:00
5	DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS	18:00
6	TRAMAL 100MG /ML DAR 20 GOTAS SE NECESSARIO DE 6/6 HORAS	18:00
7	SSVV+CCGG 6/6 horas	18:00
8	CURATIVO DIARIO	18:00
9	cefalotina 1g ev 6/6 horas	18:00
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .

EVOLUÇÃO MÉDICA:

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H	132x81	85	20	36,5
12 H	116x70	80	20	36,0
18 H	120x70	84	20	36,0
24 H	141x94	77		36,5

Dr; MARCELO MARQUES CRM:1918
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

Plantão Diurno plant. no setor medicado c.p.m.
 referido SSVV. nega com curativo de urgência

Ladyanne Canêdo
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 272.053



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



DE ADMISSÃO: PACIENTE: JOAQUIM BELM DOS SANTOS DIH: 03/01/2018 DN: 18/03/1973

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

ALERGIAS: nega HAS: nega DM: nega

IDADE: 45 ANOS LEITO: 208-3 DATA: 12/02/2018

ITEM	RESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS	SIU
5	DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS	18:00
6	TRAMAL 100MG /ML DAR 20 GOTAS SE NECESSARIO DE 6/6 HORAS	18:00
7	SSV+CCGG 6/6 horas	SIU
8	CURATIVO DIARIO	ROTINA
9	cefalotina 1g ev 6/6 horas	SIU
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:



Após pet as 18:00hs relata sentindo dor
 feita medicações de horários SSV identificado
 medicações feitas de horários sem queixas
 segue aos cuidados da ENF. *Dalila*
 Dalila Valco Freitas
 ENFERMEIRA - TE

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	116/70	81	-	36,0°
12 H	140/90	83	-	37,0°
18 H	140/90	75	-	37,0°
24 H	140/90	75	-	37,0°

Dr: MARCELO MARQUES CRM:1918
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

06H 129 X 57
 FC 75 + 36°

208-3



 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA		 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
DE ADMISSÃO		DIH	03/01/2018	DN	18/03/1973
PACIENTE	JOAQUIM BELM DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA				
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	45 ANOS	LEITO	208-3	DATA	13/02/2018
ÍTEM	RESCRIÇÃO	HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE	500			
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS	10-18			
5	DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS	12-15			
6	TRAMAL 100MG /ML DAR 20 GOTAS SE NECESSARIO DE 6/6 HORAS	50			
7	SSVV+CCGG 6/6 horas	Prontuário			
8	CURATIVO DIARIO	m			
9	cefalotina 1g ev 6/6 horas	18-21			
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<p>1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
	PA	FC	FR	TEMP	Dr. MARCELO MARQUES CRM:1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
SINAIS VITAIS				36,6°	
6 H	110x70	76			
12 H	120x90	88			
18 H	110x70	79			
24 H	110x70	75			

off-oh. SSVV + cccg e medicacões
 no período diurno realizadas

24h D + G +

06h D + G +

Leandro Evangelista S. Freitas
 R. E. ...

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
DE ADMISSÃO		DIH	03/01/2018	DN	18/03/1973		
PACIENTE		JOAQUIM BELM DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA					
ALERGIAS		nega	HAS	nega	DM	nega	
IDADE		45 ANOS	LEITO	208-3	DATA	14/02/2018	
ITEM		RESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE				SUB	
2		SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS				10:00	
5		DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS				12:18	
6		TRAMAL 100MG /ML DAR 20 GOTAS SE NECESSARIO DE 6/6 HORAS				SUB	
7		SSVV+CCGG 6/6 horas				RORAIMA	
8		CURATIVO DIARIO				M	
9		cefalotina 1g ev 6/6 horas				12:18	
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
		1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .					
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
		PA	FC	FR	TEMP	Dr; MARCELO MARQUES CRM:1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia	
SINAIS VITAIS							
6 H		118x88	82	-	36°C		
12 H		106/72	87	-	36°C		
18 H							
24 H		124x82	74		36,6°C		

plantão noturno
 Poe - no leito
 este cab no
 aferido SSVV
 administrado
 MCPM - J...
 Hospital Geral de Roraima

As 10:00 foi tomado o cesso periférico
 Marcelo Marques

208-3



SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO					
PACIENTE	Rogério Beltrão dos Santos				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS					
IDADE	IAS	NEGA	DM2	NEGA	
ITEM	LEITO		DATA	12/01/2018	
		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			S/N	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			S/N	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			S/N	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN			S/N	
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			S/N	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			S/N	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			S/N	
10	SSVY + CCGG 6/6 H			S/N	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			S/N	
14	CURATIVO DIÁRIO			S/N	
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 3UI; 301-350: 4UI; 351-400: 5UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				



EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Ex. Ortopedia
 Para Diarista*

SINAIS VITAIS	T	P	PA
6 H	36,2	79	102x89
12 H			
18 H	36°C	82	129/86
24 H	36,5	87	100x90

[Signature]
 MEDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.
 Zimena A. do Nascimento
 Técnica de Enfermagem
 COREN/RP nº 12.238

ok

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
DE ADMISSÃO		DIH	03/01/2018	DN	18/03/1973		
PACIENTE	JOAQUIM BELM DOS SANTOS						
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA						
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega		
IDADE	45 ANOS	LEITO	208-3	DATA	16/02/2018		
ITEM	RESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					DN	
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS					12:00	
5	DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS					12:30	
6	TRAMAL 100MG /ML DAR 20 GOTAS SE NECESSARIO DE 6/6 HORAS					5N	
7	SSVV+CCGG 6/6 horas					Rotina	
8	CURATIVO DIARIO					Realizar	
9	cefalotina 1g ev 6/6 horas					12:30	
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA
 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H	120x70	70	-	36,8
12 H	120x80	90	-	36,4
18 H	120x90	85	20	36,4
24 H	120x80	70	-	-


Dr; MARCELO MARQUES CRM:1918
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

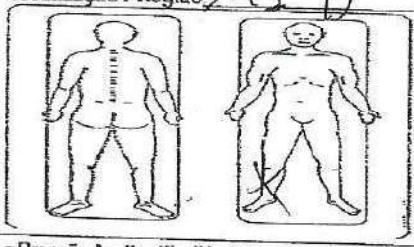
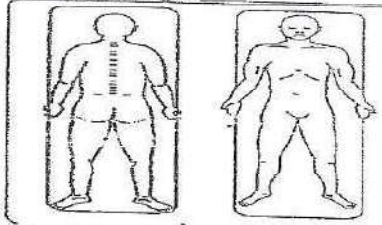
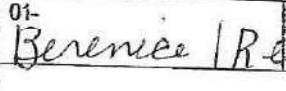

18h Paciente no leito medicado
 Aguardar unidades do medicamento

Alice de Araújo S. Barbosa
 Téc. de Enfermagem

Vânia Regina da Silva
 COREN-RR 489843- AE

Vânia Regina

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
	ENF/LEITO: 208-3			

Nome: <u>Joaquim Belém dos Santos</u>			
DATA: <u>26/02/18</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II <u>X</u>	Localização / Região: <u>M.I.D.</u> 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:		
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara		
Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele Perifoneal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		
Solução para limpeza <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 0,5% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		
Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs <u>Diário</u>	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Carimbo e ass. rec. em Enfermagem 01- <u>Berenice</u> 02- <u>Renata</u>	01- _____ 02- _____		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro  	01- _____ 02- _____		
OBS:	OBS:		

Vanessa da Silva Moraes
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RJ nº 1.12.74

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio de Janeiro e Cochrane, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



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



DE ADMISSÃO: _____ DIH: 03/01/2018 DN: 18/03/1973

PACIENTE: JOAQUIM BELM DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

ALERGIAS: **nega** HAS **nega** DM **nega**

IDADE: 45 ANOS LEITO: 208-3 DATA: 17/02/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS	Receita S/D
5	DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS	12h 18h 24h 06h
6	TRAMAL 100MG /ML DAR 20 GOTAS SE NECESSARIO DE 6/6 HORAS	S/D
7	SSVV+CCGG 6/6 horas	Rotina
8	CURATIVO DIARIO	Curativo
9	cefalotina 1g ev 6/6 horas	12h 18h 24h 06h
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML
 EV + AVISAR PLANTONISTA
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E
 OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER
 ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.



EVOLUÇÃO MÉDICA:

18:00 pet aceitando medicações
 de horários sem queixas segue
 aos cuidados da Enf. D. *Dulce Valera Pereira*
 COREN-RR 651.077-TE

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H	140x70	78	-	36,6°C
12 H	107x70	79	-	36,4°C
18 H	123x85	73	-	36,2°C
24 H	130x80	74	-	36,3°C

Dr. MARCELO MARQUES CRM:1918
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

Dulce Valera Pereira
 COREN-RR



		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	03/02/2018	DN	18/03/1973
PACIENTE JOAQUIM BELEM DOS SANTOS					
AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTAS DOS OSSOS DA PERNA E					
ALERGIAS					
IDADE	45 ANOS	HAS		DM2	
LEITO	208-3	DATA	18/02/2018		
PRESCRIÇÃO					
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 h				S/O
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				SUSP
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				(O)GNT
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H S/N				S/O
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS				S/O
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/O
10	SSV + CCGG 6/6 H				S/O
11	CURATIVO DIÁRIO				S/O
16	CEFALOTINA 1G EV 6/6 HORAS				S/O
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.
 # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 ## CONDUTA : RISCO CIRURGICO
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
 # PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TAX	
6 H	113x80	82	-	36C	Dr; MARCELO MARQUES CRM:1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	112x88	81		36C	
18 H	128x81	85		35,8	
24 H	125x87	99	-	36C	


Cármén Lucia Figueiredo de Souza
 Técnico de Enfermagem
 COREN-RR 916.123

ALTA

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH	03/02/2018	DN	18/03/1973	
PACIENTE JOAQUIM BELEM DOS SANTOS					
AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTAS DOS OSSOS DA PERNA E					
ALERGIAS					
IDADE	45 ANOS	HAS	DM2		
LEITO	208-3	DATA	19/02/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUB
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 h				
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				SUSP
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				6MF
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H S/N				
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS				SN
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				Respirat Cirurgia
16	CEFALOTINA 1G EV 6/6 HORAS				10° 11° 12° 94°
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.
 # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 ## CONDUITA : RISCO CIRURGICO
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
 # PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR		
6 H	120/80	82	-	36,3°C	Dr: MARCELO MARQUES CRM: 1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	130/80	85	-	36,3°C	
18 H	120/90	69	22	36,7	
24 H	110/76	80	-	36,3°C	


 Dr: MARCELO MARQUES
 CRM: 1918
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

1849 - SINAIS VITAIS AFERIDOS
 SEGUE AOS CUIDADOS DE ENF.
 TÊC.

Glênio Italo de Araújo
 Técnico de Enfermagem
 COREN-RR 551370-TE



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE JOAQUIM BELÉM DO SANTO 64 ANOS

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 03 12 118, COM

DIAGNÓSTICO DE Fraatura exposta do fêmur direito

NO DIA 03 12 118, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE Tratamento cirúrgico de fratura exposta do fêmur direito SENDO

OPERADO PELO DR. Pedro E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20 12 118, ÀS 12:00 hrs, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 21 12 118, ÀS 8:00 hrs, COM (

DR. Pedro

foi curado, sem sinais de infecção

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.



DA SILVA

BOA VISTA, 20 12 118

Dr. Marcos
[Signature]
MÉDICO