

# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Sr. **ADNELSON MARQUES DOS SANTOS**, Brasileiro, solteiro, autonomo, portador da cédula de identidade nº 3442586 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 021.056.572-14, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Francisco Chagas dos Reis, nº 169, Bairro: Senador Hélio Campos A, CEP: 69.316-598. Tel: (95) 99152-8243 E-mail: adnelsonmarques123@gmail.com.

**Outorgado:** Bel. **MARLON TAVARES DANTAS**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98108-7779, onde deverá receber intimações.

**Poderes específicos:** para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula "ad judícia", bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários.

Boa Vista/RR, 13 / 09 / 19.

Adnelson Marques dos Santos  
ADNELSON MARQUES DOS SANTOS



POLEGAR DIREITO

**TRABALHADOR**

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo antigo Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.033 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é documento obrigatório para o exercício de qualquer atividade profissional.

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

O conteúdo de anotações contido neste documento, a seu estado de conservação, espelha sua conduta, qualificação e as atividades profissionais de seu prozizador.

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

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FUND. DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

N.º DA CART. 212.03012.00-8

3908111      0040      RR

*Adnelson Marques Dos Santos*




**ADNELSON MARQUES DOS SANTOS**

FILIAÇÃO.....: ALMIR SOUSA DOS SANTOS  
ELIZANGELA DA SILVA MARQUES

NASCIMENTO.....: 08/07/1966      SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: SANTARÉM - PA

DOCUMENTO.....: C-1. 3442588 24/03/2005 SESP RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 021.056.572-14      CNH.....:

TIT. ELEITOR: 004486312640      SEÇÃO: 0010      ZONA: 005

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 29/07/2013

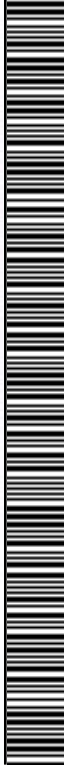
Luiz Carlos de Souza  
Secretário de Estado do Trabalho e Emprego

QUARTILHA CIVIL - MASCULINO

---

AUTORAÇÃO

TRABO	DATA DE INCL. DE	TRABO
DOCUMENTO		
TRABO		
DOCUMENTO		
TRABO		
DOCUMENTO		
TRABO		
DOCUMENTO		
TRABO		
DOCUMENTO		
TRABO		
DOCUMENTO		
TRABO		
DOCUMENTO		
TRABO		
DOCUMENTO		
TRABO		
DOCUMENTO		



# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

**ADNELSON MARQUES DOS SANTOS**, Brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade nº 3442586 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 021.056.572-14, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Francisco Chagas dos Reis, nº 169, Bairro: Senador Hélio Campos A, CEP: 69.316-598.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 13 / 09 / 19.

Adnelson Marques dos Santos  
ADNELSON MARQUES DOS SANTOS



POLEGAR DIREITO



Via de Pagamento para o mes/ano: 08/2019 referente a UC: 774863

13/09/2019

### 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: 3432988

**ELISANGELA DA SILVA MARQUES**

R. FRANCISCO CHAGAS DOS REIS, 169 ,

SENADOR HELIO CAMPOS 69316598 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 774863	MÊS 08/2019	PERÍODO DE CONSUMO 15-JUL-19 a 14-AUG-19
CONSUMO (kWh) 140	VENCIMENTO 01-SEP-19	TOTAL A PAGAR R\$ 133,41

### 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 774863	MÊS 08/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 133,41
------------------------	----------------	-----------------------------

836400000011.334100750002.000000000778.486308190058



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJZDB U5SHF 5PLQ2 NZZT3



# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ADNELSON MARQUES DOS SANTOS , Brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade nº 3442586 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 021.056.572-14, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Francisco Chagas dos Reis, nº 169, Bairro: Senador Hélio Campos A, CEP: 69.316-598.

**DECLARO** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista/RR, 13 / 09 / 19.

X Adnelson Marques dos Santos  
ADNELSON MARQUES DOS SANTOS



POLEGAR DIREITO



# ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

## DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Adnelson Marques dos Santos, CPF nº 021.056.572-14  
Residente e domiciliado à rua Francisco Chagas dos Reis, nº 169, bairro  
Senador Hélio Campos, na cidade de Boa Vista, estado de  
Pernambuco, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de  
Serviços Gerais recebendo uma renda mensal em média de  
R\$ 054,00, não podendo ser demonstrada em contracheque ou em extrato bancário por receber  
de forma avulsa, e de acordo com o serviço prestado.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

Boa Vista-RR, 13 de Setembro de 2019.

Adnelson Marques dos Santos  
**ADNELSON MARQUES DOS SANTOS**

**TRABALHADOR**

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.245 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

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

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

Esta sua Carteira terá seu dever protegido e a Carteira, além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia de preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribuir para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
 FIM - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: [WWW.MTE.GOV.BR](http://WWW.MTE.GOV.BR)

**MINISTÉRIO DO TRABALHO  
 E EMPREGO**

**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

INSCRIÇÃO Nº: **212.03012.00-6**

**3908111      0040      RR**


*Adnelson Marques Dos Santos*

RETRATO DO TITULAR



IMPRESSÃO DIGITAL





**ADNELSON MARQUES DOS SANTOS**

FILIAÇÃO.....: ALMIR SOUSA DOS SANTOS  
 ELIZANGELA DA SILVA MARQUES

NASCIMENTO.....: 08/07/1995      SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: SANTARÉM - PA

DOCUMENTO.....: C. I. 3442586 24/03/2005 SESP RR

LEI Nº 8.048, DE 18 DE MAIO DE 1995

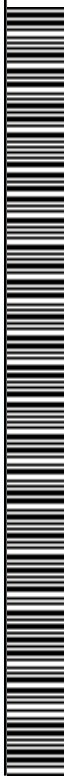
CPF.....: 021.056.572-14      CNH.....:

TIT. ELEITOR: 004466312840      SEÇÃO: 0010      ZONA: 005

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 29/07/2013

REGISTRO DE EMPREGO

NOME	DOCUMENTO	NOME	DOCUMENTO	NOME	DOCUMENTO	NOME	DOCUMENTO

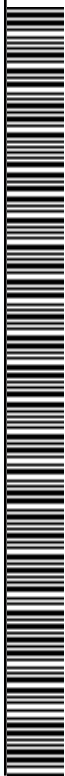


CONTRATO DE TRABALHO		ALTERAÇÕES DE SALÁRIO	
EMPREGADO	.....	ALMENTADO EM <i>01.07.05</i>	PARA R\$ <i>908,00</i>
EMPREGADOR	.....	MOTIVO <i>Reajuste</i>	<i>Marília A.C. da Silva</i>
EMPREGADO	.....	ALMENTADO EM	PARA R\$
EMPREGADOR	.....	MOTIVO	.....
EMPREGADO	.....	ALMENTADO EM	PARA R\$
EMPREGADOR	.....	MOTIVO	.....
EMPREGADO	.....	ALMENTADO EM	PARA R\$
EMPREGADOR	.....	MOTIVO	.....
EMPREGADO	.....	ALMENTADO EM	PARA R\$
EMPREGADOR	.....	MOTIVO	.....
EMPREGADO	.....	ALMENTADO EM	PARA R\$
EMPREGADOR	.....	MOTIVO	.....

16 17

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS		ANOTAÇÕES GERAIS	
DE	..... A .....	Admitido(a) em Experiência pelo	
PERÍODO	.....	prazo de <u>15</u> dias conforme	
DE	..... A .....	Contrato assinado com vencimento	
PERÍODO	.....	em <u>09/09/14</u> , podendo ser	
DE	..... A .....	prorrogado por mais <u>45</u> dias	
PERÍODO	.....	Conforme legislação em vigor.	
DE	..... A .....	<i>15/09</i>	
PERÍODO	.....	<i>Klaus J.G Almeida</i>	
DE	..... A .....	ENC. RH/PRÉPOSTO	
PERÍODO	.....	CPF 699 517 672-72	
DE	..... A .....		
PERÍODO	.....		

18 19





DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR		
GRUPO SANGÜÍNEO TORÇÃ	DIABETE SIM NÃO	HEMÓFILIA SIM NÃO
ALERGIAS SIM NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Decreto nº 879, de 12 de Junho de 1997) SIM NÃO		
CARTEIRAS ANTERIORES		
NÚMERO	SÉRIE	UF DATA DE EMISSÃO
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

CONTRATO DE TRABALHO	
Insc. Est.	
EMPREGADOR	27.011328-7
EMPRESA	Supermercado Gavião Ltda.
ENDEREÇO	Av: dos Carimpeiros, nº332-Alvorada
CEP	Cep:69.317-181 Boa Vista/RR
CNPJ	05.730.257/0001-12
CARGO	Repositor
DATA DE ADMISSÃO	26 de Agosto de 2014
REMUERAÇÃO ESPECÍFICA	R\$ 744,00 (Setecentas e Quarenta e Quatro Reais)
	Klaus J.G. Almeida ENCARREGADO CPF: 693.517.672-72
DATA DE SAÍDA	26 de Fevereiro de 2015
	Maria A. C. da Silva Departamento Pessoal CPF: 633.369.282-49
COM. DISPENSA CD Nº	
RTS Nº DA CONTRA	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	VAREJO
CNPJ	184.046.630/0001-97
ENDEREÇO	Comércio e Exportação Cometa Ltda.
	Rua Dom Pedro II, nº 255 - Centro
MUNICÍPIO	CEP 69331-190
EST. DO ESTABELECIMENTO	Boa Vista RR
CARGO	Agente de Limpeza
DATA DE ADMISSÃO	19 de Agosto de 2017
RECORTE Nº	3232
REMUERAÇÃO ESPECÍFICA	R\$ 1.200,00 (Um mil e duzentos)
	Marlon A. A. Azevedo
DATA DE SAÍDA	2017
	Comércio e Exportação Cometa Ltda.
COM. DISPENSA CD Nº	
RTS Nº DA CONTRA	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CNPJ	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	UF
EST. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
DATA DE ADMISSÃO	DE
RECORTE Nº	
REMUERAÇÃO ESPECÍFICA	
DATA DE SAÍDA	DE
COM. DISPENSA CD Nº	
RTS Nº DA CONTRA	



50249



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 001094/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 16/01/2019 10:32 Data/Hora Fim: 16/01/2019 10:51  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 16/01/2019  
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 07/09/2018 21:00

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Av. S 24 C/ N 11

Tipo do Local: Via Pública

AREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
04 FEV 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Conselheiro Hélio Campos, 444 - Boa Vista - RR

Bairro: Santa Luzia

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: ADNELSON MARQUES DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Santarém Sexo: Masculino Nasc: 08/07/1995  
Profissão: Pintor Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Elizangela da Silva Marques

**Documento(s)**

RG - Carteira de Identidade: 3442586  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 021.056.572-14

**Endereço**

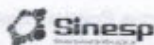
Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Francisco Chagas dos Reis Nº: 169  
Bairro: Senador Hélio Campos  
Telefone: (95) 99127-1278 (Celular)

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Nenhum Objeto Informado

**RELATO/HISTÓRICO**

O comunicante que não é habilitado compareceu a esta especializada para informar que no dia, local e hora acima mencionados, conduzia o veículo de sua propriedade sentido centro HONDA CG 125 TITAN KS, PLACA NAK 2870, RENAVAL 00767422015, CHASSI 9C2JC30101R226572, quando veio a colidir na lateral esquerda de um carro preto que trafegava no mesmo sentido perdendo o controle do veículo e vindo a cair. Informa ainda que em decorrência da queda veio a sofrer fraturas no joelho direito bem como no pé esquerdo. Segundo o comunicante o mesmo foi conduzido ao HGR pelo SAMU para atendimento médico, informando ainda que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT.



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJYZD 32BZQ BRT34 Q7GCD





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 001094/2019

**ASSINATURAS**

**Carlos Regis Cunha**  
Responsável pelo Atendimento

**Adnelson Marques dos Santos**  
(Vítima / Comunicante)

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

**DAT**  
7 JAN. 2019  
**AGENTE DE POLÍCIA**  
**CONFERIDO**

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**  
  
04 FEV 2019  
  
**GENTE SEGURADORA S/A**  
Av. Cassilão Júlio Bazerra, 404 - Boa Vista - RR



**FICHA DE ATENDIMENTO** Nº **1378**

PREFEITURA BOA VISTA UNIDADE: SAV EQUIPE: La Paz; Abner; Guilherme

Paciente: Adinelton Marques dos Santos Idade: 23a Sexo: M  
 Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena/Etnia [ ]  
 Endereço: Rua 524 N 11 Bairro: Santa Luzia

Nº 16795 DATA 07/09/18 HORA J/9: 21:30 BASE  VIA ( ) ( ) RÁDIO  
 Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Fabiana HORA J/10: 21:30 FEV 2019  CELULAR

MOTIVO DO ACIONAMENTO: Acidente de moto x carro

ACIONAMENTO:  SOCORRO [ ] TRANSPORTE [ ] ATENDIDO NA BASE [ ] OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora  / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas ( ) Mais de 24 horas ( ) Não sabe ( )

<b>AUTOMÓVEL</b>		<b>AUTOMÓVEL</b>		<b>VIOLÊNCIA</b>		<b>OUTROS</b>	
<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Uso do cinto	<input type="checkbox"/> Vítima projetada	<input type="checkbox"/> FAB	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho Local [ ] Trajeto	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.:
<input type="checkbox"/> Colisão AUTO x	<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Vítima encarcerada	<input type="checkbox"/> Air Bag Acionado	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstico	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente
<input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro	<input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	<b>MOTOCICLETA / BICICLETA</b>		<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Agressão p/ animal
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> VIA	<input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO X carro	<input type="checkbox"/> Queda de moto	<input type="checkbox"/> Garupa	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> CALÇADA	<input type="checkbox"/> FAIXA	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta				
<input type="checkbox"/> CICLEVIA	<input type="checkbox"/> PILOTO	<input type="checkbox"/> Sem capacete	<input type="checkbox"/> Com capacete				

<b>VIAS AÉREAS</b>		<b>VENTILAÇÃO</b>		<b>CIRCULAÇÃO</b>		<b>AVAL. NEUROLÓGICA</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input checked="" type="checkbox"/> AVDN	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Bradpnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Anisocaria [ ] D [ ] E
<input type="checkbox"/> Edema de Glote	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Roncos	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Entuziado	<input checked="" type="checkbox"/> GLASGOW 15
<input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> Respiração paradoxal		<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Cianose de extremidade		

<b>SINAIS VITAIS E ESCORES</b>								
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR
Início 21:57	PAS > 90	106	20	99	-	-	-	-
Fim 22:13	PAS > 90	95	18	99	-	-	-	-

<b>AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA</b>					
<b>Pele</b>	<b>Cabeça</b>	<b>Face</b>	<b>Pescoco</b>	<b>Tórax</b>	<b>Abdome</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Dor	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Pálida	<input checked="" type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Distendido
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Contusão pulmonar	<input type="checkbox"/> Em tábua
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Luxação	<input type="checkbox"/> Enfisema Subcutâneo	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Doloroso
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Fer. penetrante	<input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/> Sinal	<input type="checkbox"/> Empalamento	<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Cianótica					
<b>Pelve</b>	<b>Coluna Dorsal</b>	<b>MMSS</b>	<b>MMII</b>	<b>OCULAR</b>	<b>VERBAL</b>
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Ao comando	<input type="checkbox"/> Confuso
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Luxações	<input checked="" type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> 2 À dor	<input type="checkbox"/> 3 Palavras inapropriadas
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> 1 Sem resposta	<input type="checkbox"/> 2 Palavras incompreensíveis
<input checked="" type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Fratura		<input type="checkbox"/> 1 Sem resposta
		<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Amputação		
		<input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Crepitação		

<b>AVALIAÇÃO CARDÍACA</b>		<b>AFEÇÃO CLÍNICA</b>		<b>HISTÓRIA PEGRESSA</b>	
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergiae
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Infecciosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Filiter	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> HAS	
	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input checked="" type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Medicção de uso	
		<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Aborto		

GRAVIDADE PRESUMIDA: [ ] ILESO [ ] PEQUENA  MÉDIA [ ] SEVERA [ ] ÓBITO EVIDENTE

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino): DR. Julia Mercedes A. M. M. R. 1300

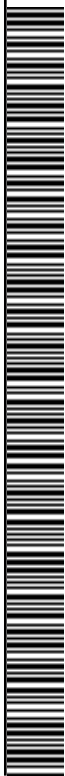
MULTIPLoS MEIOS ACIONADOS:  Polícia Militar [ ] Guarda Municipal [ ] SMTRAN [ ] Bombeiro [ ] Outros:

INCIDENTE: [ ] Cancelamento [ ] Recusa de Atendimento [ ] Não se encontrava no local - EVASÃO [ ] Recusa de hospitalização [ ] Trote [ ] Bombeiro no local:

RCP: [ ] Iniciada às: [ ] Término as: [ ] RCP com sucesso [ ] RCP sem sucesso [ ] Obs:

OBSERVAÇÕES: SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL Em 23/11/18 Stephanie

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006 Validação deste em https://projudi.tjrj.us.br/projudi - Identificador: PJ85U36ACR ZLBK8 DZHFB



DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA	<input type="checkbox"/> Hosp. Lotta Iris - HLI
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR		<input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Coronel Mota			

**CASO CLÍNICO**  
 Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.  
 Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_ FG: \_\_\_\_\_

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

SAMU 192-BV  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 EM 23 11 18  
 Stephanie  
 RUSSO

**PERTENÇA DO PACIENTE**

Descrição: \_\_\_\_\_  
 Nome do Receptor: 04 FEV 2019  
 Função do Receptor: \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Receptor: \_\_\_\_\_

**TERMO DE RECUSA**

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento pré-hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:  
 Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:  
 Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 TESTEMUNHA 01: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 TESTEMUNHA 02: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

**GESTANTE**

IG p/ semana: \_\_\_\_\_ Movimentos fetais: \_\_\_\_\_  
 Perda de líquido: \_\_\_\_\_ BCF: \_\_\_\_\_  
 Com cartão  Sem cartão

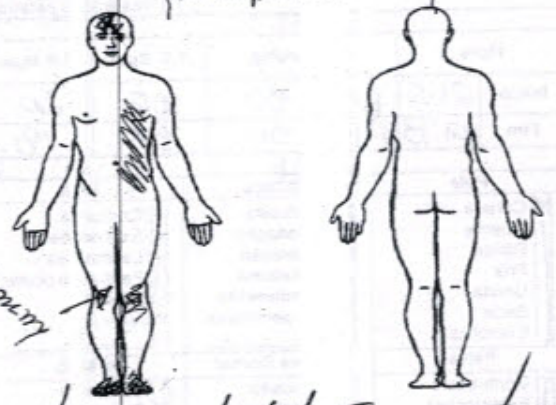
**MATERIAL E MEDICAÇÃO**

alcoól  
 luvas  
 algodão  
 algodão  
 algodão  
 algodão  
 algodão

01 equipo neutro  
 01 RL 500 ml  
 01 seringa 10ml  
 01 Tilafil 40ml  
 02 diphenos

esparadrapo

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Óculos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após em estimulação da extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Óculos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal	Classificação	Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	3
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	2
Apenas gemidos	Sons	1
Ausência de resposta auditiva, sem fatores de interferência	Ausente	0
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora	Classificação	Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou péssico	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominantemente claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores, inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não Testável	NT



\* Acionamento p/ ocorrência de acidente motor carro. Ao chegar no local encontramos o pcte. consciente, verbalizando o orientado deitado em D.O., ainda com capote. Foi utilizado o capote, foi imobilizado o c.c. cervical e marcha rígida. Foi feita a imobilização do M.I.D. (6/ suspeito de luxação). Foi realizado acesso venoso + analgesia (cpm). conduzido ao HGR/GT.

Paciente vítima de laceração metacármica estava sobre o solo com capote repl. ainda dor em M.I.D., consciente, gagueado, agitado, chorando, fúta avulsão primária, fúta contusão de hemorragias com fratura, fratura capote colocado em placa rígida, fúta estabilizada de luxo em placa direta (móvil luxação). Após avaliação neurológica colocou paciente em maca, fúta medicação p/ analgesia.  
 AR: MV4 Intermed SRA  
 ACU: BONF RCR 2T 515  
 EXT: BPP 135 S/edno  
 RBD: Plano, plaúido, dor leve em Q.  
 CO: Conduzo paciente ao GT.  
 Abner Cutrim  
 MEDICO  
 CRM RR 1790

ASSINATURA E CARIMBO

07/09/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

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



**FICHA DE ATENDIMENTO**

Paciente: **ADNELSON MARQUES DOS SANTOS**  
 Tipo Doc: Documento    Orgão Emissor:    Data Emissão: 07/09/2018 22:18:12

Data Nascimento: 08/07/1995    Sexo: M    Estado Civil: M    Raça/Cor: PARDA    Naturalidade: SANTAREM - PA

Mão: ELIZANGELA DA SILVA MARQUES    Pai: NI

Endereço: RUA - S 30 - 169 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR

NOTURNO 19-17    CPF: 07    Prontuário: 02105657214    Nacionalidade: BRASILEIRA    Contato: (95) 99127-1278    Ocupação:

**ÁREA DE REGISTROS - DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**  
 23 A 1 M 30 D  
 04 FEV 2019  
**GENTE SEGURADORA S/A**  
 Av. Capão Mião Duzentos, 100 - Boa Vista - RR

Class. do Risco:    Plano Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**    N° da Carteira:    Autorização:    Sis Prenatal:

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO**    Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA**    Profissional do Atend.:    Procedência:    Temp.:    Peso:    Pressão:

Sector: **GRANDE TRAUMA**    Tipo de Chegada: **DEMANDA ESPONTANEA**    Procedimento Sol.:    Registrado por: **ADAO**

Queixa Principal: **Acidente de Moto com Fratura**  
 Síndrome Febril     Sintomático Respiratório     Suspeita de Dengue

Tempo de Enfermagem: **Período a D e**  
 Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h):    GSC:    TOTAL: **15**  
 AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Exame Físico: **Fratura Facial classe FCC de 1-3cm com fragmentos**  
**Distúrbio de consciência**  
**ACU e ARESIA**

Hipótese Diagnóstica:

SADT - Exames Complementares:  
 RAIO-X     ULTRA-SON     TC     SANGUE     URINA     ECG     OUTROS:

**PRESCRIÇÃO**

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) Analgesia 2g EV		
2) Antibiótico 4g EV		Fato
3) Mapina 5mg EV		RESAMU
4) 1g Osmo IM		
5) Clonidina 2g EV		Fato
6) Vitam. e Curativos		

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

óbito:    Destino:  Família     IML Anatomia Patológica

Assinatura de Paciente ou Responsável: **Adelson Marques dos Santos**  
 Carimbo e Assinatura do Médico: **DR. Jairo Bezerra A. MEDICINA PAAR 1325**  
 Prescrição: **Fractal 100mg / EU**  
**5F0, 9% 100ml / EU**  
 em 1/1/1/1

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi - Identificador: PJX2K G4ZF5 95CPL Y8XJB

Otopnele

R. Rogers

Exame visual de acuidade de visão normal  
Exame no joelho (D) + (E)

EF movimentos joelho, patela deslocada anterior  
Exame (E)

Radiografia: deslocament patela (D)

H.O Lomboa Patela (D) + Fx - Lux múltipla  
MTI (E) 30° e 5°

(E) Análise + Radiografia + Tratamento + Internação

Dr. Roges

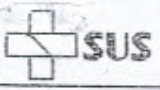
Dr. Odinachi Okemir  
Médico Residência  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1854/RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
04 FEV 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Casilão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR



data 24.09.18

# BLOCO A



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Tayua

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: H.E.R

2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: Ortopedia

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Adelson Marques Dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 168079

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 710101016191618151617151019

8 - DATA DE NASCIMENTO: 08/07/1953

9 - SEXO: M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Helizangela da Silva Marques

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

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua - 530 - 169 - Senador Helio Campos

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boa Vista

14 - COB. IBGE MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

15 - UF: RR

16 - CEP: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente ♂ de 23 anos de idade, vítima de trauma com fraturas (D) e (E) nos membros de membros (S.I.C.)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
04 FEV 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Casarão 2050 Dilerma, 404 - Boa Vista - RR

### 18 - MOTIVO DA INTERNAÇÃO

Internação

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

Ristones + Exame físico + Raio x

### 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fraturas fechadas (D) + Fr-Lx Multiples MIT pe (E) 3e 4º

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: \_\_\_\_\_

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

26 - CLÍNICA: \_\_\_\_\_

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

28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF: \_\_\_\_\_

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: R. Rogério

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 08/09/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Rogério

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

33 - ACIDENTE ( ) TRABALHISTICO ( ) NÃO TRABALHISTICO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: \_\_\_\_\_

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO: \_\_\_\_\_

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

37 - Nº DO BILHETE: \_\_\_\_\_

38 - SÉRIE: \_\_\_\_\_

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

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

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

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

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

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_

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

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 8/9/18

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): ate 219

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0308010019  
5923 T068  
V229

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJX2K G4ZF5 95CPL Y8XJB



120-2



Adenilson dos Santos  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		08/07/95	
DIAGNÓSTICO			
Luxação Patelar (D) + FX 3º e 4ª MTT + Luxação 5º PDD			
ALERGIAS		HAS	NEGA
IDADE		DM2	NEGA
23		LEITO	DATA
ITEM		08/09/18	
		PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia	S/N	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	S/N	
4	TILATIL 20mg 12/12hs	S/N	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(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 8/8HS	S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	S/N	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	S/N	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	S/N	
14	CURATIVO DIARIO	S/N	
15		S/N	
16		S/N	
17		S/N	
18		S/N	
19		S/N	
20		S/N	
<b>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</b>			

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

Ao bloco para programação cirúrgica

**NIR**  
 Regulado  
 para leito  
 120-2  
 Regulação Interna

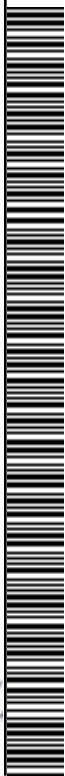
Dr. Odinachi Okemiri  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM: 185108R

PA FC Dexto

SINAIS VITAIS	PA	FC	Dexto
6 H	118/87	127	
12 H	146/87	91	
18 H	130/80	82	
24 H	131/92	89	36°

MÉDICO RESIDENTE EM  
 ORTOPEDIA E  
 TRAUMATOLOGIA.

Plantas rotundas: Realizado curativo de enfermagem, aferrid  
 SSVV, administrado medicação. Téc. Lucelina D. de Al da Silva  
 Téc. em Enfermagem  
 COREN-RR 776.779-TE



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <b>ADNELSON MARQUES DOS SANTOS</b>					
AGNÓSTICO <b>LX DE PATELA, FX/LX MTT 3,4,5 E</b>					
ALERGIAS		NEGA	HAS	NÃO	DM2
IDADE		LEITO	120-2	DATA	09/09/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF0,9% 500ML S/N EV				OB
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SU
5	S/NDIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				<del>OB</del> <del>24:00</del>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h				SU
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SU
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SU
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SU
10	CURATIVO DIÁRIO				curativo
11	SSVV + CCGG 6/6 H				rotina
12					
13					
14					
16					

**SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA**

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	160x70	84	-	36°C
18 H	140x90	122	-	38.7°C
24 H	160x80	59		

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA  
E TRAUMATOLOGIA  
MARÇOS AGUIAR  
CRM 1995-RR

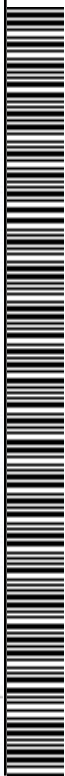
ju:10 sex - 39° -

18h paciente medicado com plantão  
diurno, ferido SSVV com alterações  
feto medicado com

Maria De Lourdes A. dos Santos  
Téc. De Enfermagem  
COREN/RR 948473

Plantão noturno administrada medicação prescrito  
segundo os cuidados.

Francimar Brito Araújo  
COREN-RR 426317 - AE



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <b>ADNELSON MARQUES DOS SANTOS</b>					
AGNÓSTICO <b>LX DE PATELA, FX/LX MTT 3,4,5 E</b>					
ALERGIAS	<b>NEGA</b>	HAS	<b>NÃO</b>	DM2	<b>NÃO</b>
IDADE		LEITO	<b>120-2</b>	DATA	<b>09/09/2018</b>
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF0,9% 500ML S/N EV				AB
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SU
5	S/NDIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				<del>AB</del> <del>24/06</del>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h				SU
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SU
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SU
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SU
10	CURATIVO DIÁRIO				curativo
11	SSVV + CCGG 6/6 H				noturno
12					
13					
14					
16					
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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</b>					
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
6 H					
12 H	160x70	84	-	36°C	
18 H	160x90	22	-	38.7°C	
24 H	160x80	59			

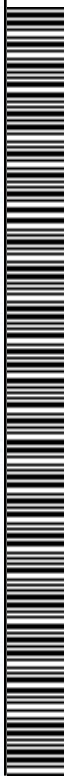
Julio Sex - 39° -

18h paciente medicado com, plantão  
 Diurno, ferido SSVV com alterações  
 feito medicação com

Maria De Lourdes A. dos Santos  
 Téc. De Enfermagem  
 COREN/RR 948473

Plantão noturno administrado medicação prescrito  
 segue nos cuidados

Francimar Brito Araújo  
 COREN-RR 426317-AE



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE ADNELSON MARQUES DOS SANTOS					
AGNÓSTICO LX DE PATELA, FX/LX MTT 3,4,5 E					
ALERGIAS NEGA					
IDADE	HAS	NÃO	DM2	NÃO	
ITEM	LEITO	120-2	DATA	09/09/2018	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	SF0,9% 500ML S/N EV				S/N
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S/N
5	S/NDIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h				12:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				14:00
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Cumulative Ratimax
12					
13					
14					
16					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	145 x 83	96	20	35,7°C
18 H	115 x 98	100	17	35,7°C
24 H	146 x 84	97		37,0°C

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA  
E TRAUMATOLOGIA  
MARCOS AGUIAR  
CRM 1995-RR

As 12:00 Paciente no Leito, consciente, orientado, verbalizando, Afecido SSVU, seg sem queixas aos cuidados da Equipe de Enfermagem.

Rosilene Gargia R. Mend  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 552.039-TE

18h. Afecido SSVU, adm. as med. CPM. jeko. 20. MSD. Realizado AV P. jeko.

*[Signature]*  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 12345

10.09.18 Planta noturno:

Feita medicações horas S/ g...  
*[Signature]*

Miriam Pereira da Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 849.732 TE

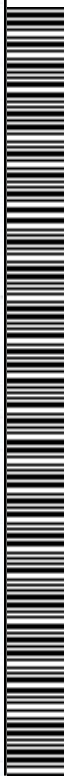
Coleta de Exames-HGR  
DATA 11/09/18  
HORA 09:00


1202

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN			
PACIENTE <b>ADNELSON MARQUES DOS SANTOS</b>						
AGNÓSTICO <b>LX DE PATELA, FX/LX MTT 3,4,5 E</b>						
ALERGIAS <b>NEGA</b>		HAS	<b>NÃO</b>	DM2	<b>NÃO</b>	
IDADE		LEITO	<b>120-2</b>	DATA	<b>11/09/2018</b>	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	SF0,9% 500ML S/N EV					
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					
5	SINDIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS					
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h					
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					
10	CURATIVO DIÁRIO					
11	SSVV + CCGG 6/6 H					
12						
13						
14						
16						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP		
6 H	120/80	84			MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR	
12 H	14.74	90	20	36.1		
18 H	14x70	70	20	36.2		
24 H	125/79	94	-	-		

*Handwritten notes and signatures:*  
 14.22.06.  
 14.22.06.  
 14.22.06.

*noturno/ Paciente restabelece  
 feita m.c.p., unificada  
 SSVV e onstado, segue  
 com cuidados.*  
 Elissandra da Silva  
 Aux. de Enfermagem  
 COREN-RR 358.118



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR		Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração Fevereiro 2013
	Atualizada: Janeiro / 2015				
	ENF/LEITO: 120.2				

Nome: Adnelson Marques dos Santos

DATA: <u>11/09/18</u>	Localização / Região: <u>MIA</u>	DATA: <u>11/01</u>	Localização / Região: <u>MIE</u>
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	

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 checked="" 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 checked="" 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 type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Periflexional: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs: <u>Diário</u>	Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs: <u>Diário</u>


Nome e ass. em Enfermagem 01- <u>Sris Simone</u>	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR/507.795/TE	Nome e ass. em Enfermagem 01- <u>Sris Simone</u>	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR/507.795/TE
---	--	---	--

OBS:

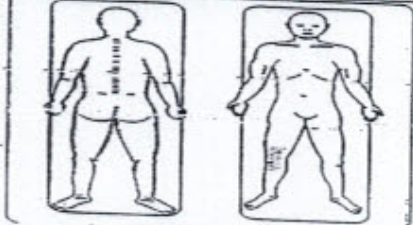

OBS:

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.

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrj.us.br/projudi/ - Identificador: PJX2K G4ZF5 95CPL Y8XJB

	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HGR</b>		Protocolo nº 1   Versão: 06   Data de elaboração Fevereiro 2013
			Atualizada: Janeiro / 2015
			<b>ENF/LEITO:</b> 120.2

Nome: Adnelson Marques dos Santos

DATA: <u>11/09/18</u> <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>MIB</u> 	DATA: <u>11/09</u> <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>MIB</u> 
---	---	--	---

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 esfacelo  Tecido necrótico

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

Tipo de exsudato:  Seroso  Fibrinoso  Sanguinolento  Purulento  Serossanguíneo

Dor:  Sim moderada  Não

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

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

Solução para limpeza:  Soro Fisiológico 0,9%  Clorexidina 1%  Clorexidina 4%  Outro:

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

Hora do curativo:  Manhã  Tarde

Data da Próxima troca: Diário

Em caso de + de 24hs

Enfermeiro e ass. em Enfermagem: 01- Sris Simone Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RV 507.795/TE

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

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.

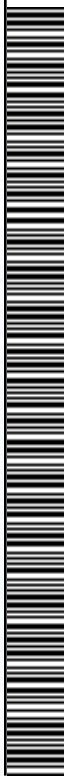
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006. Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJX2K G4ZF5 95CPL Y8XJB



120-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <b>ADNELSON MARQUES DOS SANTOS</b>					
AGNÓSTICO <b>LX DE PATELA, FX/LX MTT 3,4,5 E</b>					
ALERGIAS <b>NEGA</b>		HAS	<b>NÃO</b>	DM2	<b>NÃO</b>
IDADE		LEITO	<b>120-2</b>	DATA	<b>12/09/2018</b>
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML S/N EV				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	S/NDIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV				
13					
14					
16					
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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</b>					
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
<b>SINAIS V</b>	<b>PA</b>	<b>FC</b>	<b>FR</b>	<b>TEMP</b>	MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
6 H	125x93	105		36.30	
12 H	Rx	Rx	Rx	Rx	
18 H	132x99	92	19	35.6	
24 H	119x74	94		37.18	

*Handwritten notes and signatures:*  
 - "recusar" (written vertically)  
 - "12/09/2018" (circled)  
 - "M. Aguiar" (signature)  
 - "12/09/2018" (circled)  
 - "M. Aguiar" (signature)





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN			
PACIENTE ADNELSON MARQUES DOS SANTOS						
AGNÓSTICO LX DE PATELA, FX/LX MTT 3,4,5 E						
ALERGIAS NEGA HAS NÃO DM2 NÃO						
IDADE	LEITO	NÃO	DM2	NÃO		
ITEM	DATA	13/09/2018				
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO				
2	SF0,9% 500ML S/N EV	S/N				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	S/N				
5	S/NDIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS	S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h	S/N				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	S/N				
10	CURATIVO DIÁRIO	S/N				
11	SSV + CCGG 6/6 H	S/N				
12	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV	S/N				
13	<i>Retorno SVD</i>	<i>12/09/18 24/06</i>				
14	<i>Retorno SVD</i>	<i>12/09/18 24/06</i>				
16						

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**


SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110x69	77	15	35,2°C
12 H	124x88	95	-	35,2°C
18 H	130x80	107	-	36,7°C
24 H	116x80	110	19	36,5°C

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 MARCOS AGUIAR  
 CRM 1995-RR

*11:30 presente no leito, meduado EPM, venfiado SSV, sem alterações.*

*As 14:00h, paciente recusou item 6 conforme presc*

*Professora Patrícia Almeida  
 Serviço de Enfermagem  
 ZORENARR 751.375*

	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HGR</b>		Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Atualização Fevereiro 2013
	Atualizada: Janeiro / 2015				
	<b>ENF/LEITO:</b>				

Nome: Adeilton Marques dos Santos

DATA: <u>13/09</u> <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>NAEDC</u>  	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>120-2</u>  
--	---	--	---

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 checked="" type="checkbox"/> Outra: <u>Excoriação</u>	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	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: _____	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm
Tipo de tecido do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	Tipo de tecido do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Quantidade de Exsudato <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	Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input checked="" type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" 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 _____	Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input checked="" type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	Condição da pele Perifoneal: <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 checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____	Solução para limpeza <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	Cobertura primária (Contato direto na lesão) <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: _____
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Data da Próxima troca: caso de + de 24hs	Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Data da Próxima troca: caso de + de 24hs
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- <u>Elene Moreira</u> 02- <u>Renata</u>	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro <u>Elene Moreira</u> 02- <u>Renata</u>	Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- _____ 02- _____	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro 01- _____ 02- _____

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.

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrj.us.br/projudi/ - Identificador: PjLNQ MXMWWL HDZUQ 44U33



120-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: ADNELSON MARQUES DOS SANTOS					
AGNÓSTICO: LX DE PATELA, FX/LX MTT 3,4,5 E					
ALERGIAS: NEGA HAS NÃO DM2 NÃO					
IDADE		LEITO	120-2	DATA	14/09/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML S/N EV				S/D
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S/D
5	S/NDIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				S/D
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h				S/D
7	PLASIL 10 mg EV:8/8h (S/N)				S/D
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/D
9	SIMÉTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/D
10	CURATIVO DIÁRIO				S/D
11	SSV + CCGG 6/6 H				S/D
12	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV				S/D
13					S/D
14					S/D
16					S/D

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:


SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x78	90	20	36,5
12 H	140x90	96	20	36,5
18 H	120x90	96	20	36,5
24 H	127x80	106	20	36,5



MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA  
 E TRAUMATOLOGIA  
 MARCOS AGUIAR  
 CRM 1995-RR

12:00 34/09/2018 - pet no leito, verificado SSV, sem Queixas algias, administrado medicações de horário cpm, orientado e seguido cuidados.

Maria de Fátima R. Silva  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN-RR 437581 TE



	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HGR</b>		Protocolo nº 1	Versão: 06	Atualizada: Janeiro / 2015
					Atualizada: Janeiro / 2015

Nome: <u>Adnelson Marques dos Santos</u>					
DATA: <u>24/09/18</u> <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>MEI</u> 		DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: _____ 	
<b>Etiologia</b> <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: _____		
<b>Tamanho da Ferida:</b> Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm			Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		
<b>Umidade do Leito:</b> <input checked="" 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		
<b>Quantidade de Exsudato</b> <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		
<b>Tipo de exsudato:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo			<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		
<b>Dor:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<b>Odor:</b> <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		
<b>Condição da pele Perilesional:</b> <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: _____		
<b>Solução para limpeza</b> <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <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: _____		
<b>Cobertura primária (Contato direto na lesão)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input 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: _____		
<b>Hora do curativo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde			<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
<b>da Próxima troca:</b> <b>Em caso de + de 24hs</b> <u>Diário</u>					
<b>Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem</b> 01- <u>Vanessa da Silva Moraes</u> Técnica Enfermagem 02- <u>Ana Carolina da Silva Garcia</u> Téc. em Enfermagem		01- _____ 02- _____			
<b>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro</b> <u>OREN-RR 965 1 7 7</u>					
<b>OBS:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____			<b>OBS:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____		

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJLNQ.MXMWL.HDZUQ.44U33

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						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE <b>ADNELSON MARQUES DOS SANTOS</b>						
AGNÓSTICO <b>LX DE PATELA, FX/LX MTT 3,4,5 E</b>						
ALERGIAS <b>NEGA</b>						
IDADE		HAS	NÃO	DM2	NÃO	
ITEM		LEITO	120-2	DATA	15/09/2018	
1	DIETA ORAL LIVRE					HORÁRIO
2	SFO,9% 500ML S/N EV					SW
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					SW
5	S/NDIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS					SW
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h					SW
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SW
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SW
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SW
10	CURATIVO DIÁRIO					SW
11	SSVV + CCGG 6/6 H					SW
12	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV					SW
13						
14						
16						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP		
6 H	128x80	89	-	36,7°C	MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR	
12 H	150x90	88	-	36,7°C		
18 H	140x90	104	-	36,1°C		
24 H	145x90	94	-	36,1°C		


Não foi realizado o item 06 (Tramal), segundo paciente passa mal, quando administrado o medicamento citado acima.  
 \* Realizado medicação e SSVV, segue cuidados

Claudete S. Silva  
 Téc. De Enfermagem  
 COREN/RR 500204

Claudete S. Silva  
 Téc. De Enfermagem  
 COREN/RR 500204

Obs: - Paciente medicado com, não administrado item 6, paciente recusou, oferecidos os SSVV

Benivalda Silva Ribeiro  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN/RR 500204

	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HGR</b>	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de elaboração Fevereiro 2013
	Atualizada: Janeiro / 2015			
	<b>ENF/LEITO:</b> 350-2			

Nome: Admelson Marques dos Santos

DATA: <u>15.09.18</u>	Localização / Região: <u>M.T.D</u>	DATA:	Localização / Região
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	

Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input checked="" 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: <u>excoelão</u>	<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"/> com esfacelo <input 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 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 limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <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 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: <u>Biotan AG</u>	<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 type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>19.09.18</u>		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Rozângela Miguel Deodato</u> Téc. Enfermagem COREN-RR 629 703	02- <u>Viviane da Silva Moraes</u> Técnica Enfermagem COREN-RR 965 172 TE	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			

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.

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJLNQ MXMWWL HDZUQ 44U33



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <b>ADNELSON MARQUES DOS SANTOS</b>					
AGNÓSTICO <b>LX DE PATELA, FX/LX MTT 3,4,5 E</b>					
ALERGIAS <b>NEGA</b>					
IDADE	HAS	NÃO	DM2	NÃO	
ITEM	LEITO	120-2	DATA	16/09/2018	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	SFO,9% 500ML S/N EV				S.N.D
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S.N
5	S/NDIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				S.N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h				<del>12 18 21 06</del>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<del>09 22 06</del> Recusou
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Atencão
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S.N
10	CURATIVO DIÁRIO				S.N
11	SSV + CCGG 6/6 H				rotina
12	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV				rotina
13					<del>18 21 06 12</del>
14					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	120/80	70	-	34.1	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
12 H					
18 H	131/82	99			
24 H	130/80	90		36.6°	

18:00: Paciente no Sudo sem febre  
 Plantão Noturno: Paciente em repouso no leito.  
 realizado AVP, pleo mº 20 em MSD. Recusa item  
 "6", refere que sente mal estar ao fazer uso de medicamento.

Soraia Pimenta Cavalcanti  
 COREN-RR 367787-TE

Gela  
 Gelcivânia da C. Lima  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-298.776

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN			
PACIENTE ADNELSON MARQUES DOS SANTOS						
AGNÓSTICO LX DE PATELA, FX/LX MTT 3,4,5 E						
ALERGIAS		NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	120-2	DATA	17/09/2018	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SND
2	SF0,9% 500ML S/N EV					SN
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					SN
5	S/NDIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS					
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h					
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					
10	CURATIVO DIÁRIO					
11	SSVV + CCGG 6/6 H					
12	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV					
13						
14						
16						

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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 PI ANTONISTA

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	102x67	80	18	35,9
12 H	134/86	91	-	36,2°C
18 H	134/94	96	-	-
24 H	126x73	91	20	36,3

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA  
 E TRAUMATOLOGIA  
 MARCOS AGUIAR  
 CRM 1995-RR

12h. Paciente sem queixas segue sob cuidados de enfermagem

18hs Administrada medicação prescrita. segue aos cuidados.

Francisco Brito Araújo  
 COREN-RR 426317-AE

Dilcinéia da Silva Souza  
 Téc. em Enfermagem  
 COREN-RR 982.941-TE

18/09/18 - cp.h. Vocto no leito em repouso, AVP salinizada MSD, adm. med. C.P.M., opido SSVV, segue aos cuidados de enf.

Francisco Soares Silva  
 COREN-RR 510.931-TE



1202


HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE ADNELSON MARQUES DOS SANTOS					
AGNÓSTICO LX DE PATELA, FX/LX MTT 3,4,5 E					
ALERGIAS NEGA HAS NÃO DM2 NÃO					
IDADE		LEITO	120-2	DATA	18/09/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SFO,9% 500ML S/N EV				SWS
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S
5	S/NDIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				S
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h				14:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				14:00
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				CURA
12	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV				
13					
14					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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 PI ANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	110x72	90	20	36.5	
12 H	110x70	94	17	36	
18 H	129x83	89	23	36.7	
24 H	149x90	108			
					MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR

OBS: Paciente recebeu o item 6.

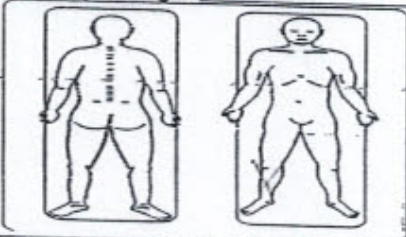

Paciente no leito verbalizando, realizado os SSVV e medicações, recebeu item 6 uma vez que não sentia dor. Segue as curadas da enfermagem.

*[Handwritten signature]*  
 COBEN: 002.082.743

06h  
 Sam  
 PCT  
 8/09/18  
 Isaquiel Lima Silva  
 Técnico de Enfermagem  
 COREN-RR 876.634-TE

	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HGR</b>	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração Fevereiro 2013
	Atualizada: Janeiro / 2015			
	ENF/LEITO: 120.2			

Nome: Raydson da Silva

DATA: <u>18.09</u> <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <u>3</u> <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	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 type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input 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 checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input 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 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 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 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 Perilesional: <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 _____		<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 type="checkbox"/> Clorexidina 1% <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 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: _____		<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 type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Desenho e ass. em Enfermagem 01- <u>Mônica Reis Parais</u> Técnico em Enfermagem COREN/RR 000829.004		02- <u>Rozângela M...</u> Téc. Enfermagem COREN/RR 629 703	
Desenho e Assinatura do Enfermeiro		01- _____ 02- _____	

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.

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJLNQ.MXMWL.HDZUQ.44U33



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN			
PACIENTE ADNELSON MARQUES DOS SANTOS						
AGNÓSTICO LX DE PATELA, FX/LX MTT 3,4,5 E						
ALERGIAS		NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	120-2	DATA	19/09/2018	
ÍTEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					S/N/D
2	SF0,9% 500ML S/N EV					S/N
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					S/N
5	S/NDIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS					
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h					
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					
10	CURATIVO DIÁRIO					
11	SSV + CCGG 6/6 H					Curativo Rotina
12	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV					
13						
14						
16						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR	
6 H	100/60	78		36,3		
12 H	110/110	105		36,7		
18 H	115/79	100		36,7		
24 H	136/74	82		36,8		

12h: paciente em estado estável. medicação CPU + SSV + SSV


18h: Paciente estável. fd. m. c. m. + SSV

Reserva Gonçalves Escobar  
Técnico de Enfermagem  
COREN-RR 005.057 TT

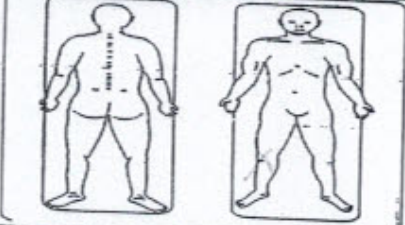
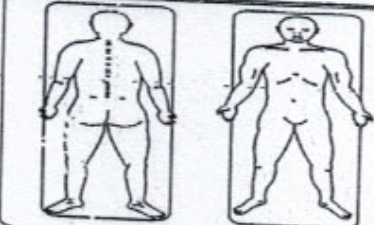
Maria Marlene C. Azereu  
Auxiliar de Enfermagem  
CORENRR 000 184 087

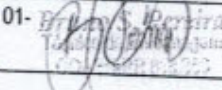
NA



	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HGR</b>		Protocolo nº 1    Versão:06    Data de Elaboração:
			Atualizada: Janeiro / 2015
			<b>ENF/LEITO: 1020 - 2</b>

Nome: **ADNELSON MARQUES DOS SANTOS**

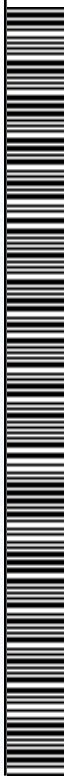
DATA: 19/09/18 <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <b>MID</b> 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: 
--	---	--	--

<b>Etiologia</b> <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: _____
<b>Tamanho da Ferida:</b> Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade _____ cm
<b>Aparência do Leito:</b> <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
<b>Quantidade de Exsudato</b> <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input 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
<b>Tipo de exsudato:</b> <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
<b>Dor:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Odor:</b> <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	<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
<b>Condição da pele Perilesional:</b> <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 _____
<b>Solução para limpeza</b> <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <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: _____
<b>Cobertura primária (Contato direto na lesão)</b> <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: _____	<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: _____
<b>Hora do curativo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
<b>Data da Próxima troca:</b> Em caso de + de 24hs	
<b>Cuidado e ass. Téc. em Enfermagem</b> 01-  02- <b>Renata Silva Rodrigues</b> AUS. de Enfermagem CRM 415.275	01- 02-

<b>OBS:</b>     	<b>OBS:</b>     
---------------------------------	---------------------------------

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.

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrj.us.br/projudi/ - Identificador: PjLNQ MXMWWL HDZUQ 44U33



120-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	ADNELSON MARQUES DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	LX DE PATELA, FX/LX MTT 3,4,5 E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	120-2	DATA	20/09/2018
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF0,9% 500ML S/N EV				SN
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	S/NDIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV				
13					
14					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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 PI ANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
6 H	120x70	80			
12 H	120x70	84	19	36°C	
18 H	120x80	89		35,2	
24 H	130x80	94		35,2	

As 10:00h Paciente, consciente, orientado, verbalizando, Afetivo SSV, segue medicado c.p.m., aos cuidados da Equipe de Enfermagem Rosilene Garcia P. Mendonça  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-RR 552.039-TE

18h port no leito macram, afetivo SSV, verbalizando, Reduzido aos cuidados Gerais.

Edmar de Almeida Matos  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN-RR 907.572





Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão:06

Data de elaboração  
Fevereiro 2013

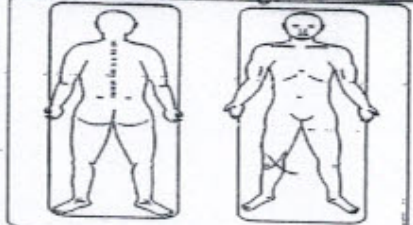
Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 120.2

Nome: Ademilson Marques dos Santos

DATA: 20/08

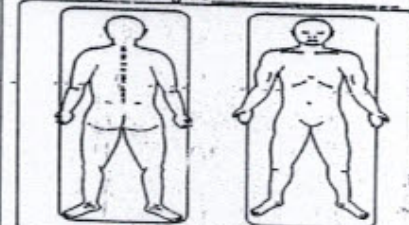
Localização / Região: MIS D.



- GRAU - I
- GRAU - II

DATA:

Localização / Região



- 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 esfacelo  Tecido necrótico

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

Tipo de exsudato:  Seroso  Fibrinoso  Sanguinolento  Purulento  Serossanguíneo

Dor:  Sim  Não

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

Condição da pele Perilesional:  Normal  Macerada  seca  Eritema / Rubor  Prurido  Outras \_\_\_\_\_

Solução para limpeza:  Soro Fisiológico 0,9%  Clorexidina 1%  Clorexidina 4%  Outro: \_\_\_\_\_

Cobertura primária (Contato direto na lesão):  Gaze  Fibrinase  AGE  Colagenase  Sulfadiazina de Prata  Outro: \_\_\_\_\_

Hora do curativo:  Manhã  Tarde

Data da Próxima troca: 29/09/18

Ca. jo e ass. Téc. em Enfermagem: 01  

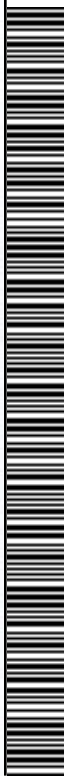
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

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.

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrj.us.br/projudi/ - Identificador: PJ8V3 LY6BU YLDUM BBFCU





Ortopedia

Nome : Adnelson Marques Dos Santos  
idade : 23<sup>o</sup>

H.D.: Fratura 3<sup>o</sup> e 4<sup>o</sup> MTT. PE (E)

Intervenções : Osteossíntese de fratura 3<sup>o</sup> e 4<sup>o</sup> MTT (P)

Luígas  
Dr. Paracat  
Dr. Max  
Dr. Pablo R2

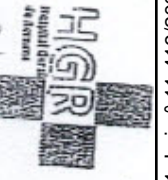
Relatório Luígas

- (1) punção em D.D.H sob anestesia
- (2) Antissepsia e traço
- (3) abertura de campos estendidos
- (4) incisões anteriores + dorsais por placas e  
visualização da fôca de fratura
- (5) redução manual + fixação com 02 placas  
de Wisschauer com 09 parafusos de  
ultrafortes de luígas
- (6) L.M.C.
- (7) Sutura
- (8) Curativos
- (9) RPA

Vitor Paracat Santiago  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-RR 1635

Max Souto Maior  
Ortopedia e Traumatologia  
Medicina do Trânsito  
CRM-RR 695





**SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**CENTRO CIRÚRGICO/SRPA**

NOME: **ADRIANA MARQUES DOS SANTOS**

DADOS PRÉ-OPERATORIO

Unidade: **21918**  
 Nome: **93**

Cirurgia Proposta:  
 ( ) Laparoscopia ( ) Laparotomia  
 ( ) Torácica ( ) Abdominal  
 ( ) Outros:

1. Informações:  
 ( ) Idade ( ) Sexo ( ) Tipo de cirurgia  
 ( ) Baixo ( ) Sangue  
 ( ) Alegria ( ) Carotenemia  
 ( ) Exames ( ) Aspirado  
 ( ) Outros:

Estado Emocional/ Mental  
 ( ) Choro ( ) Sonolento  
 ( ) Agitado  
 ( ) Outros:

Sinais Vitais:  
 Temperatura: **37,2**  
 Frequência cardíaca: **99**  
 Frequência respiratória: **18**  
 Pressão arterial: **99/60**  
 Saturações de O<sub>2</sub>: **99**  
 ( ) Regular ( ) Irregular

4. Características da pele:  
 ( ) Escar ( ) Descolorido  
 ( ) Ictérico ( ) Cianótico  
 ( ) Pele ( ) Hiperestrosia  
 ( ) Lesões ( ) Contusão  
 ( ) Pedona ( ) Desorientado  
 ( ) Anestesia ( ) Anest. local  
 ( ) Alívio ( ) Perf. Topical

TRANSOPERATORIO

Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.
09:45	10:10	09:55	10:42	10:50

Cirurgia Realizada	Anestesia	Polidiversão
	Raque	Descon.

Infusão	Antibiotico-Terapia	Hemoderivados
Hidratante / Hidr. Glu. / SGL		

Nº de compressas oferecidas	Paquetes:
	Andromo Pac. glicol

Nº de compressas recolhidas	Sinal. Vitais:	Nº pacati	( ) Cultura	( ) Outros:
	T: <b>36</b> °C			
	SAT: <b>96</b> %			
	( ) Regular			
	FC: <b>99</b> bpm			
	PA: <b>99/60</b> mmHg			

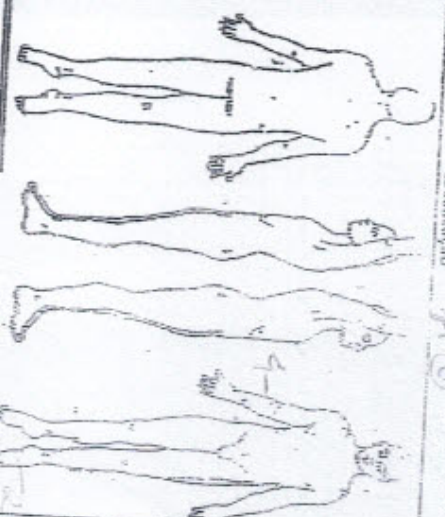
Exames na S.O.: ( ) Hc ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) Rolo X ( ) Outros:

Legenda:  
 1. Eletrodos  
 2. Oxímetro  
 3. PVC  
 4. Placa de Bisturi  
 5. Inchaço  
 6. Cateter  
 7. Vendelise  
 8. Dreno  
 9. SNG  
 10. Falxa de Sneath  
 11. Outros:

SRPA

Cirurgia Realizada	Anestesia	Localização	Sinais Vitais
			T: <b>37,5</b> FC: <b>115</b> PA: <b>110/60</b> SNG: <b>93</b>

- Sonda
- Cirativo
- Dreno
- Acesso Venoso
- Outros



Balanco Hídrico

Entradas	Saídas
EV	SNG
HV	Outros
CH	
SNI	
Urina	
Diurase	

Destino: SRPA ( ) UTI ( ) Outros:

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros do CO-3E VITAE - 044/2019



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Adrielson Marques dos Santos  
Responsável: Dr. Vitor Falcato

PACIENTE CONFIRMOU:

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Sim  Não

RISCO CIRÚRGICO  
 Aplica  Não se Aplica

RISCO DE M. RCADO  
 Sim  Não  Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA (CONCLUI)

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

ALERGIA CONHECIDA  
 Não  Sim, Qual: alergia

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO  
 Não  Sim, e equipamento/situação disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml  
 Não  Sim

Para fluidos Al. Blood Filter

Data: 21/09/19 Assinatura: [assinatura] Hora: 9:00h

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Dr. Michel

PACIENTE CIRÚRGICO (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

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 CORETAS  
 Sim  Não  Não se Aplicam

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



SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO  
 Sim  Não

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

Assinatura e Carimbo



1202

		<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>DIH</b>		<b>DN</b>	
<b>PACIENTE</b> Adelson Marques Das Santos					
<b>AGNOSTICO</b>					
<b>ALERGIAS</b>					
<b>IDADE</b> 235		<b>HAS</b>		<b>DM2</b>	
<b>ITEM</b>		<b>LEITO</b>		<b>DATA</b> 21/09/2018	
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SND
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				notas
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				R 18 24/66
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				SN
14	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
15	CURATIVO DIÁRIO				SN
16					
17					
18					
19					
20					
<b>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</b>					

210918

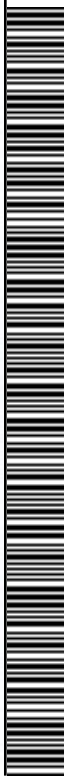
AO BLOCO

Dr. Odinaçhi Okemiri  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 1851/RR



SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	101x70	73		T
18 H	97x56	78	17	36,5
24 H	112x71	102		36,5

Residente De Ortopedia e Traumatologia

18/09/2019 - paciente medicado com a 14 em 09, após paciente ruborizar  
 de  
 Secretaria dos Santos Pereira  
 Técnica de Enfermagem  
 LUREN-RR 751.300-REC



1202

		<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Adrielson Marques Dos Santos</i>					
AGNÓSTICO					
ALERGIAS					
IDADE	HAS	DM2			
<i>235</i>					
LEITO	DATA				
	<i>21/09/2018</i>				
<b>PRESCRIÇÃO</b>					
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				<i>SND</i>
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>no b</i>
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				<i>12 18 24 06</i>
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				<i>SN</i>
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				<i>SN</i>
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SN 24</i>
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				<i>SN</i>
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				<i>SN</i>
14	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>06</i>
15	CURATIVO DIÁRIO				<i>09h</i>
16					<i>13</i>
17					
18					
19					
20					
<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					

*210918*

AO BLOCO

Dr. Odinachi Okemiri  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 1851/RR

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	<i>101x70</i>	<i>73</i>		
18 H	<i>97x66</i>	<i>78</i>	<i>17</i>	<i>36,4</i>
24 H	<i>112x72</i>	<i>102</i>		

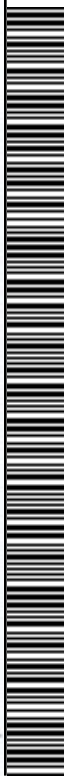
Residente De Ortopedia e  
 Traumatologia

*18h Paciente medicado com item 09, após paciente relesado*

Geandria dos Santos Pereira  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-RR 751.380-TEC



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN			
PACIENTE: ADNELSON MARQUES DOS SANTOS						
AGNÓSTICO: LX DE PATELA, FX/LX MTT 3,4,5 E						
ALERGIAS: NEGA HAS NÃO DM2 NÃO						
IDADE:		LEITO	120-2	DATA	22/09/2018	
ÍTEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	SF0,9% 500ML S/N EV					SND
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					SW
5	S/NDIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS					SW
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h					12 <sup>h</sup> 18 <sup>h</sup> 24 <sup>h</sup> ef
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					19 <sup>h</sup> 22 <sup>h</sup> 6 <sup>h</sup>
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SW
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SW
10	CURATIVO DIÁRIO					SW
11	SSVV + CCGG 6/6 H					anotado
12	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV					12 <sup>h</sup> 18 <sup>h</sup> 24 <sup>h</sup> 06 <sup>h</sup>
13						
14						
16						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
SINAIS V.	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR	
6 H	120/80	70	18	36,5		
12 H	130/80	75	18	36,5		
18 H	130/80	75	18	36,5		
24 H						





**Acompanhamento das Feridas**  
**Comissão de Curativo - HGR**

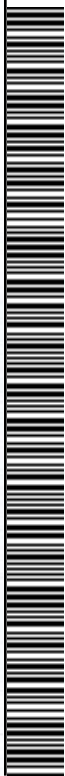
Protocolo nº 1 Versão: 06  
Atualizada: Janeiro / 2015  
ENF/LEITO: 520-2

Nome: *Arthur...*

DATA: 29-18 <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	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"/> Venoso <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"/> Venoso <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	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input 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	<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 type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input 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 type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input 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 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	<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 Periférica:	<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	<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	<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 type="checkbox"/> Clorexidina 1% <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:	<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 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:	<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:	<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 type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input 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. em Enfermagem	01- <i>Rozângela Miguel Deodora</i> Túc. Enfermagem COREN-RR 829 703	02- <i>...</i> Túc. Enfermagem COREN-RR 346 903	01- <i>...</i> Túc. Enfermagem COREN-RR 346 903
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
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.

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ8V3 LY6BU YLDUM BBFCU




HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	ADNELSON MARQUES DOS SANTOS					
AGNOSTIC	LX DE PATELA, FX/LX MTT 3,4,5 E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO	
IDADE		LEITO	120-2	DATA	23/09/2018	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	SF0,9% 500ML S/N EV					SW
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					SW
5	SNDIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS					SW
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h					12h 2x / 06
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					reluss 17 (2) 06
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SW
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SW
10	CURATIVO DIÁRIO					SW
11	SSVV + CCGG 6/6 H					S-C
12	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV					noimr
13						12h 2x / 06
14						
16						
SEDALIÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 2:1-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML E/A AVISA PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MEDICO RESIDENTE DE ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR	
6 H						
12 H	110x80	72		35,6°C		
18 H	130x70	65		36,2		
24 H	129x60	65		36,0		

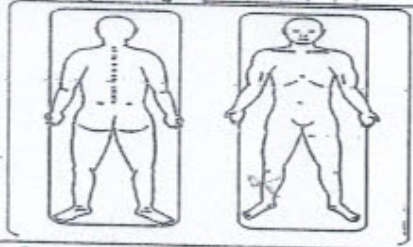
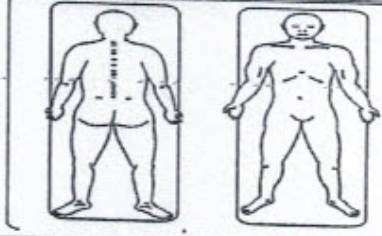
AS 18h, Amniocelulação presente, Ventilação SINAIS VITAIS  
 segue nas vitais de enfermaria.

Plano de cuidado para  
 no 2º e 3º dias de internação  
 para ser realizado  
 COREN-RR 15375-AR

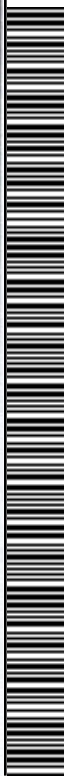
Marcos Aguiar  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 1995-RR

100

	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HGR</b>	Protocolo nº   Versão:06   Data de Elaboração Atualizada: Janeiro / 2015   Fevereiro 2013
	<b>ENF/LEITO:</b>	
	Nome: <i>Adonilson M. dos Santos</i>	

Nome: <i>Adonilson M. dos Santos</i>	1202		
DATA: <i>23/09/19</i> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <i>M.I.D.</i> 	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 type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input 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 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 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 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 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 Perilesional: <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	<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 type="checkbox"/> Clorexidina 1% <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 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:	<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 type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	_____		
Nome e ass. Tec. em Enfermagem 01- <i>Adonilson M. dos Santos</i>	02- <i>Adonilde Vieira Araújo</i> Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TF	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	_____		
OBS:	OBS:		

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ8V3 LY6BU YLDUM BBFCU



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						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE: ADNELSON MARQUES DOS SANTOS						
AGNÓSTICO: LIX DE PATELA, FX/LX MTT 3,4,5 E						
ALERGIAS: NEGA HAS NÃO DM2 NÃO						
IDADE:		LEITO: 120-2		DATA: 24/09/2018		
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					5:00
2	SF0,9% 500ML S/N EV					5:00
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					5:00
5	S/NDIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS					5:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h					24 06
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					22 06
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					5:00
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					5:00
10	CURATIVO DIÁRIO					5:00
11	SSVV + CCGG 6/6 H					5:00
12	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV					5:00
13						5:00
14						
16						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP		
6 H					MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR	
12 H	139/85	80		35.0		
18 H						
24 H						





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

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Ednelson M. dos Santos, 23 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 27 19 19, COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur distal

NO DIA 28 19 19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
fratura de fêmur distal SENDO

OPERADO PELO DR. Dr. Vitor Pinheiro E DR. Dr. Vitor Pinheiro

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 4 1 19, ÀS 14 00, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 4 1 19, ÀS 13h, COM O  
DR. A. A.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

CONFIRMAÇÃO S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

**ORIENTAÇÕES GERAIS :**

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS
- 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 (1(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Dr. Vitor Pinheiro

BOA VISTA, 10 19 19

MÉDICO



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

Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190095485

Vítima: ADNELSON MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ADNELSON MARQUES DOS SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

FISJ - U14001U1400 - CBRUR\_10 - INVALIDEZ



Carta nº 14660186

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVH5 YA3HA FKY99 JG38U