

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2603565520200114112810

Processo 0830781-62.2019.8.23.0010 - (109 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
31 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 31					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 31	14/01/2020 11:28:10	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (11/12/2019)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		31.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO : 2653423IMPUGNACAOALAUDOPERICIALJUR01.pdf	Público		
		31.2 Arquivo: GUIA DE DEPOSITO Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO : 2653423IMPUGNACAOALAUDOPERICIALJURAnexo02.pdf	Público		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de TEOTONIO CIPRIANO COSTA) em 21/01/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 26) JUNTADA DE LAUDO (11/12/2019) e ao evento de expedição seq. 28.	SISTEMA CNJ		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 12/12/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 26) JUNTADA DE LAUDO (11/12/2019) e ao evento de expedição seq. 27.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de TEOTONIO CIPRIANO COSTA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (11/12/2019)	RHAYANE SINDEAUX SILVA Estagiária		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (11/12/2019)	RHAYANE SINDEAUX SILVA Estagiária		
<input type="checkbox"/> 26	11/12/2019 12:45:15	JUNTADA DE LAUDO	RHAYANE SINDEAUX SILVA Estagiária		
		DECORRIDO PRAZO DE TEOTONIO CIPRIANO COSTA (P/ advgs. de TEOTONIO CIPRIANO COSTA *Referente ao evento (seq. 15) JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO(11/10/2019) e ao evento de expedição seq. 17.	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 24	30/10/2019 17:40:42	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		DECORRIDO PRAZO DE TEOTONIO CIPRIANO COSTA (P/ advgs. de TEOTONIO CIPRIANO COSTA *Referente ao evento (seq. 9) JUNTADA DE CERTIDÃO(10/10/2019) e ao evento de expedição seq. 10.	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 22	29/10/2019 10:17:29	JUNTADA DE OFÍCIO DE OUTROS ÓRGÃOS	RHAYANE SINDEAUX SILVA Estagiária		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de TEOTONIO CIPRIANO COSTA) em 29/10/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 15) JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO (11/10/2019) e ao evento de expedição seq. 17.	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 20	23/10/2019 10:15:47	JUNTADA DE INTIMAÇÃO LIDA	RHAYANE SINDEAUX SILVA Estagiária		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de TEOTONIO CIPRIANO COSTA) em 21/10/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 9) JUNTADA DE CERTIDÃO (10/10/2019) e ao evento de expedição seq. 10.	SISTEMA CNJ		
		DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao	SISTEMA CNJ		



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08307816220198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **TEOTONIO CIPRIANO COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
BOA VISTA, 7 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000010031123-7

Nr. da Autenticação 5D2EFB28D181DCC2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190365750 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TEOTONIO CIPRIANO COSTA **Data do acidente:** 28/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM Perna Direita com lesão de partes moles do tornozelo

Descrição do exame APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA COM RETRAÇÃO EM TORNOCÉLIO DIREITO E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FÍSICO: PLANTIFLEXÃO E DORSIFLEXÃO DO TORNOCÉLIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU TRAUMA CONTUSO EM Perna Direita com lesão de partes moles do tornozelo, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEBRIDAMENTO E TENORRAFIA. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM TORNOCÉLIO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/09/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO TORNOCÉLIO DIREITO EM GRAU LEVE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190365750
Nome do(a) Examinado(a):	TEOTONIO CIPRIANO COSTA
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA MANOEL SABINO DOS SANTOS, 746 - CARANÃ
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	662.986.442-53
Data e local do acidente:	28/06/2018 - BOA VISTA
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 09/09/2019

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE TRAUMATISMO NA Perna D COM CONSEQUENTE LESÃO DE PARTES MOLES DO TORNOZELO

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

VITIMA FEZ CIRURGIA DEBRIDAMENTO + RAFIA DE TENDÃO, EVOLUIU COM OSTEOMIELITE, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM 2018

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

TORNOZELO D: PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA COM RETRAÇÃO + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO EM GRAU LEVE

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

(X) SIM () NÃO

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

(X) SIM () NÃO

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

TORNOZELO D: INCAPACIDADE FUNCIONAL EM GRAU LEVE

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

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

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

Região Corporal (Sequela): TORNOZELO DIREITO

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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


Dr. Regina Claudia Reboucas MenDES AlHO
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 22 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190365750 **Vítima: TEOTONIO CIPRIANO COSTA**

Data do Acidente: 28/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TEOTONIO CIPRIANO COSTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000004263-3

Conta: 000010031123-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

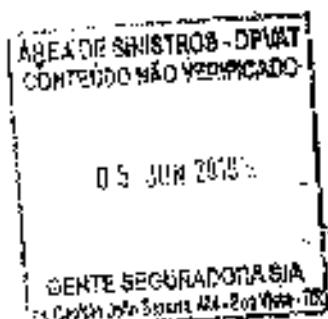


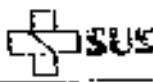
Ortopedico Dr Vitor Pimentel

raio X feitos e pano (2) decorre de moto + CARRO.
SIADM 06 TN 2 (2) + lesão de partes molhadas.

Dr. Marcos Aguiar
Médico Radiologista
CRM RJ 1088
CRM RJ 1088

S; C.C





Sistema de
Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

- 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

- 2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXERCIANTE

4 - CNES

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- 5 - NOME DO PACIENTE

C-N-DO-PROMOTOR-AZO

167283

- 6 - DATA DE NASCIMENTO (AAA)

6 - DATA DE NASCIMENTO

8 9 18 10 01 21 7 14 12 11 18 17 17 17

26/09/66

9 - SEXO

M

- 10 - NOME DA MULHER OU DA RESPONSÁVEL

11 - TÍTULO CREDENCIAMENTO

Marlene Cipriano

2 - CNES

12 - ENDERECO DA MULHER

3 - CEP

Marlene Cipriano

4 - CID

5 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

5 - UF

Ribeirão Preto

6 - CEP

Ribeirão Preto

7 - CID 10 PRINCIPAL

K204

8 - CID 10 SECUNDÁRIO

9 - CID 10 TERC

10 - CID 10 QUART

11 - CID 10 QUINT

12 - CID 10 SEXT

13 - CID 10 SEXT

14 - CID 10 SEXT

15 - CID 10 SEXT

16 - CID 10 SEXT

17 - CID 10 SEXT

18 - CID 10 SEXT

19 - CID 10 SEXT

20 - CID 10 SEXT

21 - CID 10 SEXT

22 - CID 10 SEXT

23 - CID 10 SEXT

24 - CID 10 SEXT

25 - CID 10 SEXT

26 - CID 10 SEXT

27 - CID 10 SEXT

28 - CID 10 SEXT

29 - CID 10 SEXT

30 - CID 10 SEXT

31 - CID 10 SEXT

32 - CID 10 SEXT

33 - CID 10 SEXT

34 - CID 10 SEXT

35 - CID 10 SEXT

36 - CID 10 SEXT

37 - CID 10 SEXT

38 - CID 10 SEXT

39 - CID 10 SEXT

40 - CID 10 SEXT

41 - CID 10 SEXT

42 - CID 10 SEXT

43 - CID 10 SEXT

44 - CID 10 SEXT

45 - CID 10 SEXT

46 - CID 10 SEXT

47 - CID 10 SEXT

48 - CID 10 SEXT

49 - CID 10 SEXT

50 - CID 10 SEXT

51 - CID 10 SEXT

52 - CID 10 SEXT

53 - CID 10 SEXT

54 - CID 10 SEXT

55 - CID 10 SEXT

56 - CID 10 SEXT

57 - CID 10 SEXT

58 - CID 10 SEXT

59 - CID 10 SEXT

60 - CID 10 SEXT

61 - CID 10 SEXT

62 - CID 10 SEXT

63 - CID 10 SEXT

64 - CID 10 SEXT

65 - CID 10 SEXT

66 - CID 10 SEXT

67 - CID 10 SEXT

68 - CID 10 SEXT

69 - CID 10 SEXT

70 - CID 10 SEXT

71 - CID 10 SEXT

72 - CID 10 SEXT

73 - CID 10 SEXT

74 - CID 10 SEXT

75 - CID 10 SEXT

76 - CID 10 SEXT

77 - CID 10 SEXT

78 - CID 10 SEXT

79 - CID 10 SEXT

80 - CID 10 SEXT

81 - CID 10 SEXT

82 - CID 10 SEXT

83 - CID 10 SEXT

84 - CID 10 SEXT

85 - CID 10 SEXT

86 - CID 10 SEXT

87 - CID 10 SEXT

88 - CID 10 SEXT

89 - CID 10 SEXT

90 - CID 10 SEXT

91 - CID 10 SEXT

92 - CID 10 SEXT

93 - CID 10 SEXT

94 - CID 10 SEXT

95 - CID 10 SEXT

96 - CID 10 SEXT

97 - CID 10 SEXT

98 - CID 10 SEXT

99 - CID 10 SEXT

100 - CID 10 SEXT

101 - CID 10 SEXT

102 - CID 10 SEXT

103 - CID 10 SEXT

104 - CID 10 SEXT

105 - CID 10 SEXT

106 - CID 10 SEXT

107 - CID 10 SEXT

108 - CID 10 SEXT

109 - CID 10 SEXT

110 - CID 10 SEXT

111 - CID 10 SEXT

112 - CID 10 SEXT

113 - CID 10 SEXT

114 - CID 10 SEXT

115 - CID 10 SEXT

116 - CID 10 SEXT

117 - CID 10 SEXT

118 - CID 10 SEXT

119 - CID 10 SEXT

120 - CID 10 SEXT

121 - CID 10 SEXT

122 - CID 10 SEXT

123 - CID 10 SEXT

124 - CID 10 SEXT

125 - CID 10 SEXT

126 - CID 10 SEXT

127 - CID 10 SEXT

128 - CID 10 SEXT

129 - CID 10 SEXT

130 - CID 10 SEXT

131 - CID 10 SEXT

132 - CID 10 SEXT

133 - CID 10 SEXT

134 - CID 10 SEXT

135 - CID 10 SEXT

136 - CID 10 SEXT

137 - CID 10 SEXT

138 - CID 10 SEXT

139 - CID 10 SEXT

140 - CID 10 SEXT

141 - CID 10 SEXT

142 - CID 10 SEXT

143 - CID 10 SEXT

144 - CID 10 SEXT

145 - CID 10 SEXT

146 - CID 10 SEXT

147 - CID 10 SEXT

148 - CID 10 SEXT

149 - CID 10 SEXT

150 - CID 10 SEXT

151 - CID 10 SEXT

152 - CID 10 SEXT

153 - CID 10 SEXT

154 - CID 10 SEXT

155 - CID 10 SEXT

156 - CID 10 SEXT

157 - CID 10 SEXT

158 - CID 10 SEXT

159 - CID 10 SEXT

160 - CID 10 SEXT

161 - CID 10 SEXT

162 - CID 10 SEXT

163 - CID 10 SEXT

164 - CID 10 SEXT

165 - CID 10 SEXT

166 - CID 10 SEXT

167 - CID 10 SEXT

168 - CID 10 SEXT

169 - CID 10 SEXT

170 - CID 10 SEXT

171 - CID 10 SEXT

172 - CID 10 SEXT

173 - CID 10 SEXT

174 - CID 10 SEXT

175 - CID 10 SEXT

176 - CID 10 SEXT

177 - CID 10 SEXT

178 - CID 10 SEXT

179 - CID 10 SEXT

180 - CID 10 SEXT

181 - CID 10 SEXT

182 - CID 10 SEXT

183 - CID 10 SEXT

184 - CID 10 SEXT

185 - CID 10 SEXT

186 - CID 10 SEXT

187 - CID 10 SEXT

188 - CID 10 SEXT

189 - CID 10 SEXT

190 - CID 10 SEXT

191 - CID 10 SEXT

192 - CID 10 SEXT

193 - CID 10 SEXT

194 - CID 10 SEXT

195 - CID 10 SEXT

196 - CID 10 SEXT

197 - CID 10 SEXT

198 - CID 10 SEXT

199 - CID 10 SEXT

200 - CID 10 SEXT

201 - CID 10 SEXT

202 - CID 10 SEXT

203 - CID 10 SEXT

204 - CID 10 SEXT

205 - CID 10 SEXT

206 - CID 10 SEXT

207 - CID 10 SEXT

208 - CID 10 SEXT

209 - CID 10 SEXT

210 - CID 10 SEXT

211 - CID 10 SEXT

212 - CID 10 SEXT

213 - CID 10 SEXT

214 - CID 10 SEXT

215 - CID 10 SEXT

216 - CID 10 SEXT

217 - CID 10 SEXT

218 - CID 10 SEXT

219 - CID 10 SEXT

220 - CID 10 SEXT

221 - CID 10 SEXT

222 - CID 10 SEXT

223 - CID 10 SEXT

224 - CID 10 SEXT

225 - CID 10 SEXT

226 - CID 10 SEXT

227 - CID 10 SEXT

228 - CID 10 SEXT

229 - CID 10 SEXT

230 - CID 10 SEXT

</div



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Testemunha: Eugenio Costa

Data: 18/05/1997

Hora: 10:00

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Luxo avançado de partes moles

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Deslocamento + luxo + rotura

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIANO: Dr. Vitor Pimentel 1º AUXILIAR: Dr. Leonardo EB

2º AUXILIAR: Dr. Marcos RI INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

Vitor P.C. 20/05/1997
Ortopedia e Traumatologia
RM-RR 1633
RGE: 610

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em BDA em plano operatório
- 2) Anestesia + Antinevralgico
- 3) Uso expositivo c/fixo O.R. + NL
- 4) Deslocamento da articulação com retinada de tecido
- 5) Suturas da pele
- 6) Encerrado
- 7) RPA.

Não foram encontradas lesões tendíneas.
Bom resultado do procedimento.

Dr. Leonardo EB
Ortopedista e Traumatologista
Câmara de Medicina

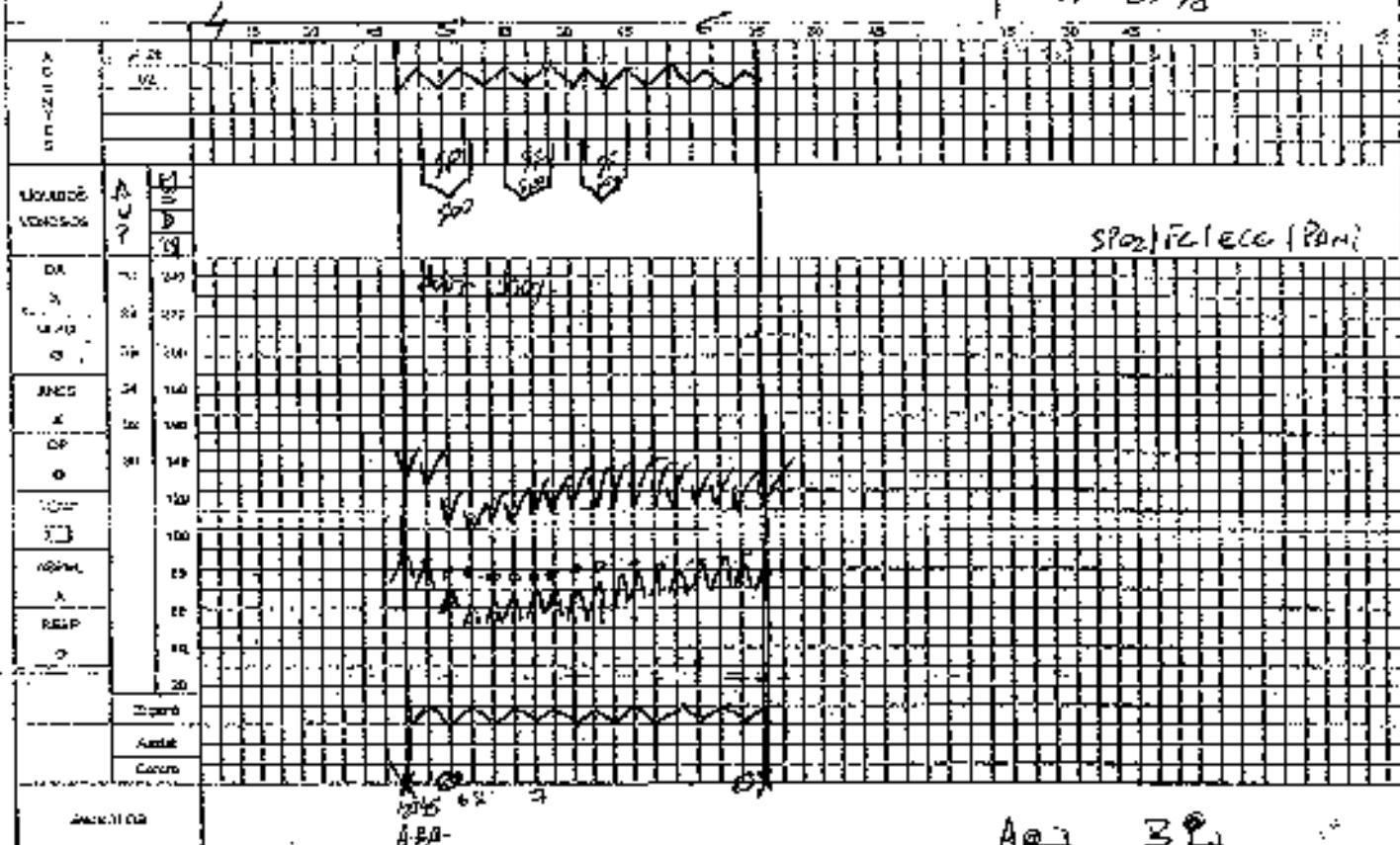
13



Testonis Pipiens Costa - 51 annos.

P_{CO} 6.5%

23/06/78



3

ANESTESIA	TOXA	ANTIDÓTICA
1. Bupivacaina 20mg	Thioguanosulfato	1) Manteca + Ch. Apavilca
2. Fentanyl 700ug	Lidocaina. Lipofenitoxina	2) Teoxygangan O2 100%
3. Cefalotina 250	mediana propriedade	3) Acapito rapido carbon
4. Etomidato 100mg	100 mg.	4) Ranitoximacavado
5. Midazolam 20mg	150 mg.	5) 6-6, LCR clara.
6. Dextrofentanil 100ug		6) Injeçao bupivacaina
		7) Zarz. Sabugando
		8) Cefalotina 250
		9) Teoxilina 400mg.
DUROSE 100000		
NEED		
SANGUE		
STO, 9%	0.1Mg/100ml. Nao homo.	
	TOXA DE ANESTESIA	

Destinatario: Rafa. Lito. 21 hora M.D.

Hydro-Fe-Polymer
Hydro-Fe-Polymer

On Friday May 21 2000 11:00 AM CDT

Dr. S. G. K. A.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE 51 anos APT OU LEITO Nº DO PRONTUÁRIO DATA 28/10/1987
Tecônico em informática

TIPO:		ORURGIA		
<u>Sutura de Parto, mulher gravida</u>		TEMPO DE DURAÇÃO		
		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		<u>06:06</u>	<u>06:07</u>	
URGÊNCIA:		EQUIPE MÉDICA		
<u>Dra Vitor Paracate</u>		ANESTESISTA: <u>Dra. Ana</u>		
AUXILIAR:		RES. ANESTESIA: <u>Rs. Mariana</u>		
<u>Dra Marcos</u>		INSTRUMENTADOR		
EXTRA:		CRONOGRAMA		

TIPO DE ANESTESIA: R_{GA}NE FARMACO: Ana cláudia Sibila claudine
QUANT. MATERIAIS: TEMPO DE DURAÇÃO:

MATERIAIS VALOR QUANT MEDICAMENTOS VENCIMENTO

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	TEMPO DE DURAÇÃO:	
				MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PC15 COMPRESSAS C/ 03 UNID.	10	<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO 500ML	
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7,0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7,5			FIO VICRYL N°	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8,0		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO MONONYLON N° 1,0	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8,5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
<input type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURIN			FIO CATGUT SIMPLIS N°	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE SUCÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE N°			10 SEC/1M	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			SURGICEL	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML			FIJA CARDIACA	
<input checked="" type="checkbox"/>	Batôndos			OUTROS:	
<input type="checkbox"/>	cactos Vida				

TERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SAÚDE

GURJIA - VISTO DAS RESPONSÁVEIS

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

VALOR

INSTRUMENTADOR (A)

ENFERMERA CHEFE

MATERIAL MEDICAMENTOSO

SUB-TOTAL

NC000148 vNFC1.0.0

CIRCULANTE DE SALA

TIERRA DE SARA

TAXA DE SALÁRIO

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTAS@IDAE

SAF - SISTEMATIZAÇÃO

中華書局影印

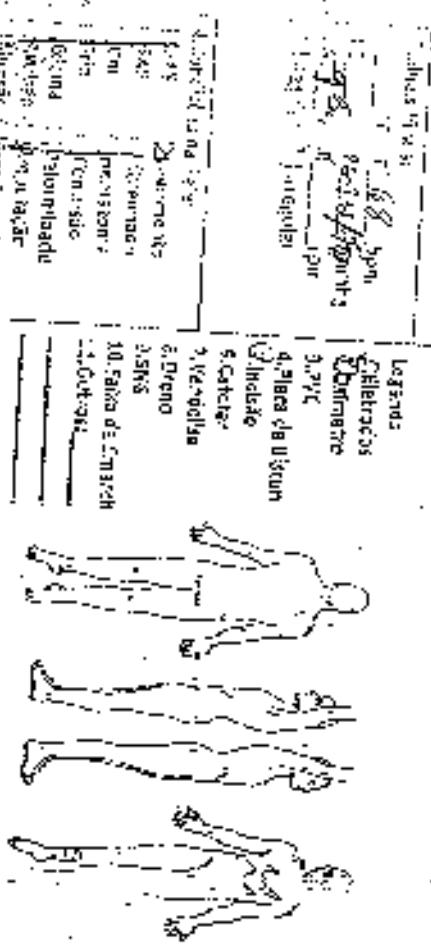
NAME: Jeffrey S. Johnson (cont.)

三

Introducing	Turning	remodeling
TEA Q361 3600	Hemispherical	"H"
SG 3.25%	Degre	Planing
On board		



Brasil (O) é maior que a Argentina (S) (0,1) (0,1) (0,1) (0,1) (0,1) (0,1) (0,1) (0,1)



PREScrição Diária

L-15

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

404
6

DATA DE ADMISSÃO	DIN	DN
PACIENTE	<i>José Lopes Cipriano Costa</i>	
AGNÓSTICO	<i>Período pós-operatório de fratura</i>	
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO <i>(R)</i>	DATA <i>29/06/11</i>
ITEM	PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>6/6h horas</i>
2	SF 0,9% 500ML CV 1X/DIA	<i>6/6h horas</i>
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	<i>6/6h horas</i>
5	CMEPRAZOL 40MG EV PCLA MANHA	<i>6/6h horas</i>
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<i>6/6h horas</i>
8	DIPIRONA 600MG 2ML EV DE 6/6H	<i>6/6h horas</i>
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 6/6H SE DOR INTENSA	<i>6/6h horas</i>
10	CAPTOPRIL 20 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	<i>6/6h horas</i>
11	SSW + CGGG 6/6 H	<i>6/6h horas</i>
12	CURATIVO DIÁRIO	<i>6/6h horas</i>
13	<i>Gentamicina 200 mg EV 1x/dia</i>	<i>6/6h horas</i>
17	<i>Albuterol 200 mcg EV 6/6h horas</i>	<i>6/6h horas</i>
18	<i>Fluoxetina 40 mg CV 6/6h horas</i>	<i>6/6h horas</i>
19		
20		
<u>SE DIABÉTICO</u> 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 DJ/ML, GLICOSE ≥ 30% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DELITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO ~~BEG, AEGIÁTICO, ANIOTÉRICO, AFFARL, FUPNEICO,~~
~~NÚBMOGOKADO, HUMRATADO.~~

alguns dias em permaneceram na cama

#SOLICITADO:

#CONSULTA ~~DIARIADA~~

paciente está se sentindo bem

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	<i>7</i>
12 H	122+7	68 BPM		<i>38C</i>
18 H	65 BPM			
24 H	110/70	70	21	<i>36.4C</i>

Residente do Serviço de Ortopedia e Traumatologia HGR

06:00
PA 100X60
FC 72
T: 36.5°

18:00
PA 103x71
FC 69
PR 19
Tc 36C

Defeito ósseo com deslocamento parcial da fratura, de superfície pulmonar, que permaneceu em permanência

06/07/2011
CRMF 1986



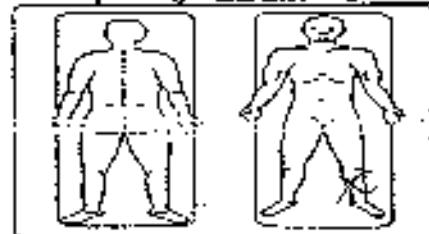
Nome: *Fábio Henrique Costa* 15

DATA: *19.06.18*

E GRAU - I

D GRAU - II

Localização / Região: *L4/L5/D*

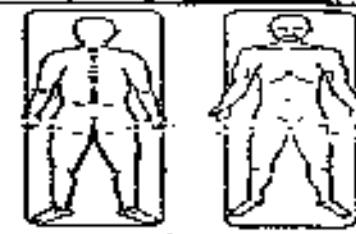


DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região:



Etiologia: Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética Neuropática Crônica Trauma Outras

Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética Neuropática Crônica Trauma Outras

Tamanho da Fissura: Comprimento *cm* Largura *cm*
Profundidade *cm*

Comprimento *cm* Largura *cm*
Profundidade *cm*

Sia do Leito: Tecido de granulação com estaseção
 Tecido necrótico

Tecido de granulação com estaseção
 Tecido necrótico Escara

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

seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante

Tipo de exsudato: Secoso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serossanguíneo

Secoso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serossanguíneo

Dor: Sim Não

Sim Não

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

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

Condição da pele: Normal Macerada seca Eritema / Rubor
 Prurido Outros

Normal Macerada seca Eritema / Rubor
 Prurido Outros

Solução para Enxopeza: Água - Isotônico 0,9% Água fisiológica TSP Clorhexidina 0,1%
 Clorhexidina 4% Outro: _____

Água - Isotônico 0,9% Clorhexidina 1%
 Clorhexidina 4% Outro: _____

Cobertura primária (Coloque diretamente na lesão): gaze Fibrinose AGE
 Fibrinose Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro: _____

gaze Fibrinose Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro: _____

Hora do curativo: Manhã Tarde

Manhã Tarde

Data da próxima troca: Diariamente

Entre *de* e *de* 24hs

Curimbo e ass. Téc. em Enfermagem

01- 02-

Curimbo e Assinatura de Enfermeira

01- 02-

OBS:

OBS:

Bloco F / 15



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		Teste Cipriano 0001	
AGNÓSTICO		HHT-G	
ALERGIAS		HAS	DM2
IDADE		LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	Cefalotina 1G EV 6/6H		18:00/06/15
4	CEPALOTINA 1G EV 6/6H		16:22/04/10
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N		SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N		SN
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 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 1X AO DIA OU 1 CP.V.O		06
14	SSW + OCGG 6/6 H		Notas
15	CURATIVO DIÁRIO		Curativo
16	Teste Cipriano 0001 140/4 (E) 16:22 da		10
17	Teste Cipriano 0001 140/4 (E) 16:22 da		18:00/06/15
18	Teste Cipriano 0001 140/4 (E) 16:22 da		16
19			
20			
<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI, E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE ≥ 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉTICO, NORMOCORABO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	101/64	69	36,7°C
18 H	141/75	67	36,8°C
24 H	140/73	58	36,7°C

06:00 = PA: 115x63

Sobr/16
15:00 PA: 141x81

T: 67
T: 36,6°C

P: 68
T: 36,2°C

Orzel Quirado
Tutor & Enfermeiro
03/03/2015



Paciente: Sílviano Rente	
DATA: 30.06.18	Localização / Região: 14x E-D
GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - I
GRAU - II <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GRAU - II
Diagnóstico:	Pressão I - II - III - IV o Venosa e Arterial o Diabética neuropática cirúrgica o Trauma crônico
Tamanho da Fenda:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm
Conteúdo da Fenda:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> congesfado <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato:	<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"/> Sangüíneo <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo
or:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
dor:	<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 dor
apresentação da pele	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Erteína / Rubor
estacional:	<input type="checkbox"/> Próximo <input type="checkbox"/> Outros _____
Solução para limpeza:	<input type="checkbox"/> Água fria 0,9% <input type="checkbox"/> Água tibia 0,9% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (contato direto na ferida)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinose <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora de curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Qtd. de Próxima troca:	
Intervalo de + de 24hs:	
Carimbo e assinatura Téc. em Enfermagem	02.06.2018 Berenice Sônia Carlos Técnica Enfermeira CORTINELA 100-772 03194-225.700
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:	OBS:



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



4046

DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS

HAS DM2

IDADE 51

LEITO 404-6

DATA

01/07/2018

ITEM

PREScrição

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	SAB
2	AVP	Manten.
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS	10-18
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN
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	06
14	SSVV + CCGG 6/6 H	Rutina
15	CURATIVO DIÁRIO	Clorofilla
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS	Keflex 06
17		
18		
19		
20		

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

Evolução médica:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, AUMENTANDO, SEM ALTFRAÇÕES

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÔTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAD

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Assinatura: Dr. Odilnachir Okemiri
Residente de Ortopedia e Traumatologia

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

Dr. Odilnachir Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

SINAIS VITAIS	6 H	PA	FC	FR
	12 H	130 X 88	68	-
	18 H	133 X 77	76	-
	24 H	123 X 70	70	-
	06	120 X 72	72	36-80

1gas 07 - paciente no leito
abm - m.d.c por 4333 vvv



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

HGR

α_{M}

DATA DE ADMISSÃO 28/06/2013 **DH** **DN** 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS

1

HAS

DNF2

10ADEF

51

1 E 10

DATA

02/07/2018

Evolução médica:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

#CONDITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6H PA

12 H 44/60

18 H 450/16

47h à 13h
Administrado medicamentos conforme prescrição, efetuado exame urinário.

Digitized by srujanika@gmail.com

13'as 19'hs - Realizado troca A.V.P em membro superior Direita com Telco 20, Adm. Med. de horários,ferido SSVU, segue aos encadeados da enfermagem

-Assistência Técnica e Suporte
Tecnologia de Envolvimento
CORPOV-RR 622-77



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



DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 **DIH** **DN** 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 51 **LEITO** 404-6 **DATA** 03/07/2018

ITEM	PREScriÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	06/07
2	AVP	10/07
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS	10/07
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	12/07/30
10	TRAMAL 100MG + SFD,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG LV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	06
14	SSVV + OCGG 0/6 H	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS	10/07/21/06
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

#EXAME FÍSICO: BEG, LÔTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				Dr Odinachi Okemirá Residente De Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	
12 H	122x76	64	18	36,4°C
18 H	130x80	70	—	36,5°C
24 H	110x60	66	20	37,2°C

17:30hs Recolhido medicado
com horário agravado 55 VV. Negue
os cuidados.

Assinatura: Dr. Odinachi Okemirá
Residente de Ortopedia e Traumatologia
CNPJ: 00000000000000000000
COREN-RR 000713 - TE

06/00 71 36°C
PA: 120x70
R: 18
P: 63

404-6

PEDIDO DE PARECER

Tecônico

NIDADE

DME:

ADE:

OCO:

E:

E:

Ortopedia

Pecônio Liponius Losa

51

REGISTRO:

D

ENFERMARIA:

LETO: 404-6

EMERGÊNCIA:

Ortopedia

PARA: Ortopedista

ados Clínicos

Paciente O^r de 51 anos de relato
 que apresenta pernas longas
 por tempo envolveu dentes molares M.D.
 fazer pernas longas

Dr. Odilberto Okemoto
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 165714R

Médico

03/07/18

Data

Risco Cirúrgico Cardiológico

Anamnese: férias gerais molar M.D.

IP: Nenhum comorbidade, ex-alergias, nega clínica prévia ou alterações de L.G.: Normal, sem níveis de triglicerídeos. ex anemia, coagulação

XT: Sinais cardíacos normais

OB: Homóptero, Hto t, Plog normal

O exame: suspeito

CV: R.R., P, BNP

A = 110 x 63 mmHg

C = 67 bpm

E = MVA, norm fl

PAP: Várias soluções (M.T.6)

03/07/18

Fis:

cd - Hpa, T

Cuidados pósop

acompanhar Hto e Hto p/ cirurgia.

OBS: Observado vários
 medidas de P.A com leve
 aumento. Observar. Na
 alta encaminhar p/
 cardiologa - ambulatorial
 HAS?

Cardiologista
 Dr. Odilberto Okemoto
 CRM: 165714R

Médico



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



DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH _____ DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CÍPRIANO COSTA

AGNÓSTICO LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS

IDADE	HAS	DM2
51	LEITO	404-6
		DATA
		04/07/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>Somente</i>
2	AVP	
4	CIPROFLOXACINA 100MG EV 12/2 HRS	<i>04/07/2018</i>
7	TENOXYCAM 40 MG EV 21 X.DIA S/N	<i>04/07/2018</i>
8	PLASIL 10MG EV 6/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10	PRAMAL 100MG - SI-0,9% 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	9 ML TICONA 40 GOTAS V.O 3/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA OU 1 CP V.O	
14	SGVY + UCGG 0/6 H	<i>04/07/2018</i>
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS	<i>04/07/2018</i>
17		
18		
19		
20		

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

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFFBRIL, EUPNEICO, NORADICORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS		FC	FR	T
6 H	PA	74	18	36,4
12 H	100/60	74	18	36,4
18 H	101/69	77	-	-
24 H	115/67	62	20	35,2

*Dr. Odilochi Okemiri
Médico Residente
Residência em Ortopedia e Traumatologia
Data: 18/07/2018*

Dr Odilochi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

07h 13h: pco no farto, automotriz. medicado e afando 55L.
07:00 paciente queixando-se de dor - dor intensa, dor
lateral O.D.; segue com cuidados de enfermagem, aux. Ano
06:45 PA=128x80 P:65 T:35,1



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

DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DH 10 N 26/06/1966
PACIENTE TECTONICO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO. ESQ EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS

IDADE	51	HAS	DM2
ITEM	LEITO	4046	DATA

05/07/2018

		PREScriÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP		
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS		
7	TENOXYCAM 40 MG EV 5/4 X DÍAS/S/N		
8	PLASIL 10MG FV 5/8H S/N		
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N		
10	TRAMAL 100MG + SE 2,8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
11	CAPTOPIRL 25mg VO SE PAS > 160 E DIA PAD > 110 MMHG		
12	SIMLITOCONA 40 GOTAS V.O 8/8-HRS S/N		
13	OM SPRAZO: 10MG EV 1 X ÁO DIA OU 1CP VO		
14	SSVV + COCG 8/6 H		
15	URINÁTIVO DIÁRIO		
16	CLINDAMICINA 600MG EV 3/6HRS		
17			
18			
19			
20			

SE DIABÉTICO CORRÉCÃO COM INSULINA REGULAR (SC);
CONFORME ESQUEMA: 200-250-2U; 251-300-3U; 301-350-6U;
351-400: 10 U/L E QU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE
30% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BFG, LOTC, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H: 144x67 60 20 36,6°C

SINAIS VITais

6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x60	70	18	36,7
18 H	120x74	70	18	36,7
24 H	111x70	68	20	36,9°C

Dr Odinalchi Okemini
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

11:30hs Realizadas medicinações do
forâneo apesar de SSVV. Dado os
cuidados. Entouragem

SSVV com 200ml/hora
CORRENTE 0,9% 1L/H - TE

A3 an 39
Realizadas a medi
cações da fratura
e operações de SSVV
C. P. M.



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



DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 **D/H** **DN** 26/09/1966
PACIENTE TECTONIO CIPRIANO COSTA

AGNOSTICO LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS

IDADE	51	HAS	DM2	
ITEM	LEITO	404-6	DATA	06/07/2018

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL I VIRE	
2	AVP	S/V
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS	AM 08:00
7	TENOXYCAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	22:00
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H S/E DOR INTENSA	S/V
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 4C GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	
14	SSVV + CCGG 8/8 H	06:00
15	CURATIVO DIÁRIO	10:00
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS	14:00
17		22:00
18		
19		
20		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
 ≥ 80% 40 ML EV. + AVISAR PLANTONISTA

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOIE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORRADO, HIDRATADO,

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	100/70	64	18	36 °C
10 H	130/60	62	18	35,8
18 H	126/74	76	26	36
24 H	100/60	62	19	36,6

Dr. Odimachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Odimachi Okemiri
Residente De Ortopedias e
Traumatologia

13 às 19h Administrado medicaca
Cpm Verificado 65W Tel Rosario

19 às 07 hs. Adm. med. de horario. Aferido 55W.
segue aos cuidados da enfermagem. Tec. Júlio

404-6



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966
 PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNOSTICO LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS

IDADE	51	HAB	DM2
ITEM		LEITO	404-6
			DATA

PRESCRIÇÃO

			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP		
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS		
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N		
8	PLASIL 10MG EV 8/9H S/N		
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/9H S/N		
10	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/9H SE DOR INTENSA		
11	CAPTOPIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
12	SIMLETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
13	OMESPRAZOL 40MG EV 1 X DIA OU 1 CP V.O		
14	SSVV + OCGG 8/8 H		
15	CURATIVO DIÁRIO		
16	CLINDAMICINA 600MG EV 8/9HRS		
17			
18			
19			
20			

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/ML, GLICOSE
 ≥ 90% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RÉATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG. LOTE. ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odilachi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 1247/R

Dr Odilachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

SINAIS VITAIS	6 H	PA	FC	FR	Q
	12 H	140/68	61	-	36,5°
	18 H	1470	70	-	36,1°
	24 H	14166	63	-	36,4°

7as 18h Administração medicamentos cp
 Trocado acesso venoso, puncionado com gelo
 N° 20 em m.s e Verificado 55.VV.
 06 - PA - 111/75 T = 36,5
 P - 60

Maria do Rosário J. Vale
 Técnico Enfermeiro
 COREN/RR 10000



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS HAS DM2
IDADE 51 LEITO 404-6 DATA 08/07/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	AVP	Mantec
4	CIFROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS	10 22
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	SN
10	TRAMAL 100MG + SFD, 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	06
14	SSVV + CGGG 6/6 H	Raking
15	CURATIVO DIÁRIO	curativo
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS	12 18 24 06
17		
18		
19		
20		
	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE ≥ 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÍFRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

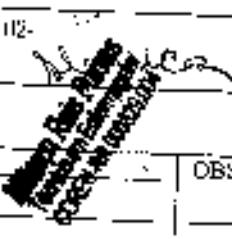
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	140/90	70	19
18 H	130/87	89	20
24 H	146/90	64	20
06:00	108/65	61	36

Dr Odilsonelli Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia



06:00 - Pd fundo SV,
int. 200 m c. 8, sime
sende de 87, jk, jn

Nome: <u>WILSON ESPÍRITO SANTO</u>			
DATA: 08/04/15 Localização / Região: M+D			
2 GRAU - I		DATA: _____	
3 GRAU - II		Localização / Região: _____	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão - I - III - IV Venosa Arterial Diabética Neuropática Órgão Trauma Outra: _____	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética Neuropática Orgâica Trauma Outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento cm Largura cm Profundidade cm	Comprimento cm Largura cm Profundidade cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Texto de granulação com exsudato Texto necrótico Texto edematoso Texto moderado molhado, abundante	<input type="checkbox"/> Texto de granulação com exsudato Escara seco, mínimo úmido, pouco úmido, moderado molhado, atuante Seroso Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serosanguíneo Secim Não	
Visceral da Exsudato:	<input type="checkbox"/> Sérvio, Trifloro Brilho, polvo Úmido, moderado molhado, abundante	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura a beira do leito evidente na remoção da cobertura a beira do leito	
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso Fibrinoso Sanguinolento Quarentena Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Sem odor Sem odor Sem odor Macareada seca Escameada / Rústica Prurido Cústic	
Dor:	<input type="checkbox"/> Nenhum Muito	<input type="checkbox"/> Normal Macareada seca Escameada / Rústica Prurido Cústic	
Odo:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura a beira do leito evidente na remoção da cobertura a beira do leito		
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Úmida Macerada seca Eritema / Rústica Prurido Cústic		
Solução para limpeza:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% Cloraxidina 1% Cloraxidina 4% Cloraxidina 1% Outro: _____ Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% Cloraxidina 1% Cloraxidina 4% Cloraxidina 1% Outro: _____ Outro: _____	
Cobertura primária (Colírio direto na lesão)	<input type="checkbox"/> gaze Fibrinase AGF	<input type="checkbox"/> gaze Fibrinase AGF Colagenase Sulfadiazina de Prata Outro: _____	
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã Tarde	
Data da Próxima troca:	<input type="checkbox"/> Manhã Tarde		
Em caso de f. d.: 24hs	<u>Decir</u>		
Indo e ass. Loc. em Enfermagem	01- 	02- 	01- 02-
Cozimento e Asepsia do Enfermeiro:			
OBS:	OBS:		



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



404-6

DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966
 PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS

IDADE	HAS	DM2	
ITEM	LEITO	404-B	DATA
1	DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIO
2	AVP		S/N
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS		Montas
7	TENOXCAM 40 MG EV 51 X DIA S/N		10:22
9	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		S/N
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 260 E OU PAD > 110 MMHG		
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		06
15	CURATIVO DIÁRIO		Rahn
18	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS		M
17			22/06/2018
18			24/06
19			
20			

SE DIABÉTICO CORRÉCÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 261-300: 4UI; 301-350: 6UI;
 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
 ≥ 300, 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTFRAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	150/92	65	19
18 H	137/82	70	19
24 H	118x68	58	36

DR. ORTENAU OKEMIN
 DR. ORTENAU OKEMIN
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

07 an 15 h feito ssvv o sed medicacao c PM. Seguir as
 cuidados da enfermagem

06:30 PA = 119 x 70 P = 59

Assinatura de Enfermagem
 CRN: RR 527801-AJX

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGÔNOSTICO LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	51	LEITO	404-6	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			240
2	AMP.			manhã
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/2 HRS			12/24
7	TENOIXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
8	PLASIL 10MG EV 3/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/SH S/N			
10	TRAMADOL 100MG 1 SF 0.9% 100ML EV DE 8/SH SE DOR. INTENSA			
11	CAPTOPIRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
12	SIVETICONA 40 GOTAS V O 8/8 HRS S/N			
13	DIMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O			24
14	SSV + CCB Q 8/8 H			Octano
15	CLURATIVO DIÁRIO			11
16	GLINDAMICINA 600MG EV 8/6 HRS			12/14/16
17				
18				
19				
20				

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; & 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE
> 50% 20 MIL FV + AVISAR PLANTONISTA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

NENHUM ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTC, ACANÓTICO, ANESTÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NADA

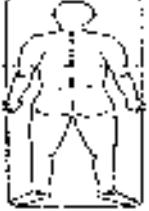
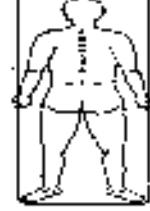
PREVISÃO DE ATIVOS: SEM PREVISÃO

Dr. Odanachi Okemoto
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

SINAIS VITAIS				
6 H	128/80	FC 60	FR 14	36,5°C
12 H	120/80	80	19	36,8
18 H	122/81	67	—	36,1
24 H	126x77	70	16	36,2°C

Obs: 7/08/13h foi adin
medicocao + SSV.

13as 19h administrado me
dições verificadas sinc
vitais — Marlene

Nome: <i>Fátonia Cipriano</i>			
DATA: <i>10/07/18</i> □ GRAU - I □ GRAU - II		Localização / Região: <i>M. I</i>  	
DATA: <i>10/07</i> □ GRAU - I □ GRAU - II		Localização / Região: <i>M. I</i>  	
Etiologia: □ Pressão - II - III - IV □ Venosa □ Arterial □ Debéñias □ Neurocirúrgicas □ Trauma ósseo □		□ Pressão - I - III - IV □ Venosa □ Arterial □ Diabética □ Neurocirúrgicas □ Trauma ósseo □	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Jejânia da Lesão: □ Tecido de granulação □ com esfregaço □ Tecido necrótico		□ Tecido de granulação □ com esfregaço □ Resíduo necrótico □ Escara	
Quantidade de Exsudato: □ seco, mínimo □ úmido, pouco □ úmido, moderado □ molhado, abundante		□ seco, mínimo □ úmido, pouco □ úmido, moderado □ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: □ Seroso □ Fibrinoso □ Sanguinolento □ Purulento □ Ecossanguíneo		□ Seroso □ Fibrinoso □ Sanguinolento □ Purulento □ Ecossanguíneo	
Dor: □ Sim □ Não		□ Sim □ Não	
Odor: □ evidente na remoção da cobertura □ a beira do leito □ evidente ao entrar no quarto □ Sem odor		□ evidente na remoção da cobertura □ a beira do leito □ evidente ao entrar no quarto □ Sem odor	
Condição da pele Perifisional: □ Edematosa □ Macerada □ seca □ Eritema / Fúto □ Prurido □ Outras		□ Normal □ Macerada □ seca □ Eritema / Fúto □ Prurido □ Outras	
Solução para limpeza: □ Soro Fisiológico 0,9% □ Clorexidina 2% □ Clorexidina 4% □ Outro: _____		□ Soro Fisiológico 0,9% □ Clorexidina 2% □ Clorexidina 4% □ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): □ gaze □ Flormase □ AGE		□ gaze □ Flormase □ AGE	
Hora do curativo: □ Manhã □ Tarde		□ Manhã □ Tarde	
Data da Próxima troca: caso de + da 24hs: <i>01-08-2018</i> / <i>Olho</i>		Data da Próxima troca: caso de + da 24hs: <i>01-08-2018</i> / <i>Olho</i>	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <i>Yanice Ribeiro / Suelis / Renata</i>		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Yanice Ribeiro / Suelis / Renata</i>	
OBS:		OBS:	



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



104-6

DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNOSI¹ LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS	HAS	DM2
----------	-----	-----

IDADE	51	LEITO	404-6	DATA	11/07/2018
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	SM
---	------------------	----

2	AVP	
---	-----	--

4	CIFROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS	AM 10 22
---	-----------------------------------	----------

7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SM
---	---------------------------------	----

5	PIASIL 10MG EV 8/8H S/N	SM
---	-------------------------	----

9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	SM
---	----------------------------	----

10	TRAMAL 10CMG + SF0,3% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SM
----	---	----

11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SM
----	---	----

12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SM
----	-------------------------------------	----

13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	06
----	--	----

14	SSVV + COGG 6/6 H	06
----	-------------------	----

16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS	12 14 24 06
----	------------------------------	-------------

17		
----	--	--

18		
----	--	--

19		
----	--	--

20		
----	--	--

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 261-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉTICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

PA 300/50 80 10mm 36,2°C

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	1
12 H	150/80	67	16	36
18 H	131/90	71	17	36,7°C
24 H	130/80	82	19mm	36,7°C

Dr. Odilene Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

13/06/2018 no leito, paciente
medicado e Atenção Dolorosa
intensiva

+ (ADM medicacões conforme
prescrição, aferidae pulm
exterior) - c Sarah

Número da Ficha		Localização / Região		Localização / Região	
DATA: 22-04-18					
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU-I <input type="checkbox"/> GRAU-II				<input checked="" type="checkbox"/> GRAU-I <input type="checkbox"/> GRAU-II	
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV ou Verossel "Válvula" <input checked="" type="checkbox"/> Envenenamento cirúrgico ou Trauma		<input checked="" type="checkbox"/> Diabéticos <input checked="" type="checkbox"/> Neuropatia ou Artrite ou Trauma contra		
Tamanho da Ferida:	Cor comprimento: _____ cm	Largura: _____ cm	Comprimento: _____ cm	Largura: _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação → com exsudato <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico <input checked="" type="checkbox"/> Seco, firme <input checked="" type="checkbox"/> Úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> Úmido, inchado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido, inchado, com cheiro desagradável		<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação → com exsudato <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico <input checked="" type="checkbox"/> Seco, firme <input checked="" type="checkbox"/> Úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> Úmido, inchado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido, inchado, desagradável		
Quantidade de Exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Sécreto, líquido <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento		<input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Purulento		
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguinolento		<input checked="" type="checkbox"/> Serossanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento		
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input checked="" type="checkbox"/> a beira do leito		<input checked="" type="checkbox"/> a beira do leito <input checked="" type="checkbox"/> a base do leito <input checked="" type="checkbox"/> é evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem dor
Odores:					<input checked="" type="checkbox"/> Sem odor <input checked="" type="checkbox"/> Forte odor
Condição da pele	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input checked="" type="checkbox"/> Seca		<input checked="" type="checkbox"/> Úmida / Fútor <input checked="" type="checkbox"/> Úmida / Fútor		<input checked="" type="checkbox"/> Úmida / Fútor <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input checked="" type="checkbox"/> Seca
Predisposition:	<input checked="" type="checkbox"/> Prurito <input checked="" type="checkbox"/> Outros _____				<input checked="" type="checkbox"/> Prurido <input checked="" type="checkbox"/> Outras _____
Solução para limpeza:	<input checked="" type="checkbox"/> Álcool Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 4%		<input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 4%		<input checked="" type="checkbox"/> Álcool Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinosa <input checked="" type="checkbox"/> AGE		<input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfatozina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinosa <input checked="" type="checkbox"/> AGE
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã	<input type="checkbox"/> Tarde			<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca em caso de + de 24hs	Data: 22-04-18				01-05-18
rimbo e ass. ... em Enfermagem	<input checked="" type="checkbox"/> 01-04-18 		<input checked="" type="checkbox"/> 02-04-18 		<input checked="" type="checkbox"/> 01-05-18 <input checked="" type="checkbox"/> 02-05-18
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<input checked="" type="checkbox"/> Carimbo <input checked="" type="checkbox"/> Assinatura		<input checked="" type="checkbox"/> Carimbo <input checked="" type="checkbox"/> Assinatura		<input checked="" type="checkbox"/> Carimbo <input checked="" type="checkbox"/> Assinatura
OBS:					OBS:
Obrigado por usar o Sistema de Gestão de Feridas da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Branco e Convatec Solutions Programs. Os documentos adaptados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Branco e Convatec, Solutions Programs. Os pacientes com 02 ou mais feridas, estes devem ser evoluídos separadamente.					



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



4046

DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 51 LEITO 404-6 DATA 12/07/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE		SM
2	AVP		
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS	X	22
7	TENOXYCAM 40 MG EV 31 X DIA S/N	SR	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SR	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	SR	
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SR	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SR	
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SR	06
13	OMEPRAZOL 40MG LV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	SR	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	RE	
15	CURATIVO DIÁRIO		
16	ICLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS	X	X
17			
18			
19			
20			

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SLM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOF, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFLUVIL, EUPNÉTICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITAÇÕES:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
112 H	140x80	64	48
17 18 H	125/71	64	19
24 H	115x66	67	35,4
			26,0

Dr. Odilachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

11:30hs Realizadas procedências do tornozelo
após SSVV. Juntas e bandagens
de ferida esterilizadas.

13 às 19hs. Adm. Med. de
tornozelo, aplicado SSVV
segue aos cuidados
da enfermagem
Tec. fúlcis

Ministério da Saúde
Secretaria de Enfermagem
COREN-RR 573.674-76

17:40 - Realizado troca de
AVP em MSD com Jefco
Dr. Odilachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

AVP

20. Téc. fúlcis

* Lesão de Tornozelo direito, mag.
aplicado SSVV. Aqui: Ortopedologia x DS

Ministério da Saúde
Secretaria de Enfermagem
COREN-RR 573.674-76

Nome: Teotônio Páquio Pata

DATA: 12/01/18		Localização / Região: <i>peito perto direito</i>		DATA:		
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		 		 		
Etiologia		<i>Pressão: I - II - IV Venosa c/Arterial c/ Diabética</i> <i>traumatosséptica cirúrgica c/ Trauma óssea</i>		<i>Pressão I - II - III - IV Venosa c/Arteria c/ Cláhetos</i> <i>neuropática c/ cirúrgica c/ Trauma contuso</i>		
Tamanho da Fenda:		Comprimento: _____ cm	Largura: _____ cm	Comprimento: _____ cm	Largura: _____ cm	
Técnica do Leito:		<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação c/ com esfocalo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico <i>aderido cor negra</i>		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação c/ com esfocalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico c/ Escara		
Quantidade de Exsudato:		<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, líquido <input type="checkbox"/> líquido, escuro c/ malha, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo c/ úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado c/ molhado, abundante		
Tipo de exsudato:		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		
Dor:		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <i>leve</i> <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Odores:		<input type="checkbox"/> avivido na manhã da convolução c/ a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto		<input type="checkbox"/> avivido na manhã da convolução c/ a beira do leito <input type="checkbox"/> avivido ao entrar no quarto c/ Bom odor		
Condição da pele Perifisional:		<input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada c/ seca c/ Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Frúndido <input type="checkbox"/> Outras <i>placardal avermelhado</i>		<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada c/ seca c/ Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Outras		
Solução para limpeza:		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidine 2% <input type="checkbox"/> Clorexidine 4% <input type="checkbox"/> Cultivo: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloredidine 1% <input type="checkbox"/> Cloredidine 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária (Coberto direto na lesão):		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrolana <input type="checkbox"/> AGE		<input type="checkbox"/> Colagenase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfitazolina de Prata <input type="checkbox"/> Cultivo: _____		
Hora do curativo:		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
da Próxima troca:		<i>diário</i> <i>Salgueiro V. Marques</i>				
Em caso de + de 24hs:						
Cartório e ass. Téc. em Enfermagem:		01- <i>Dra. Ana Paula Pereira</i> <i>Técnico em Enfermagem</i> <i>CRF-RN-RR 501.795/TE</i>	01- <i>Enfermeira em Enfermagem</i> <i>CRF-RN-RR 501.795/TE</i>		02-	
Cartório e Assinatura do Enfermeiro:						
OBS:				OBS:		
<small>Obs: documentos emitidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvenTec Solutions Programs. Os pacientes com 02 ou mais lesões, estes devem ser evoluídos separadamente.</small>						



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

404-6

DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966
PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNOSTICO: LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS:

IDADE	HAS	DM2	
ITEM	LEITO	404-6	DATA
1	DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIO
2	AVP		SM
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS		
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	10	28
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		SU
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N		SU
10	IRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SU
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SU
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		SU
13	OMIPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O		06
14	SSV + COGG 8/8 H		
15	CURATIVO DIÁRIO		
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS		
17			
18			
19			
20			

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 261-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
≥ 33% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOFE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFFBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORRADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAD

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odilachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 12611/ROR

Dr. Odilachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	102/60	65	20 36,6
18 H	130/60	61	20 36,10
24 H	129/70	88	20 36,50

Residente de Ortopedia e Traumatologia
Técnica de Emergência
CREFITO RORAIMA

12:00 Adm. med. c.r.m + 500ml administrado medi-
cações conforme pres.
cyclo, aferido glucos
urina. TSG
CORR-RR RORAIMA

404-6



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



DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 **DIH** **DN** 26/09/1966
PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNOSTIM LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS

HAS DM2

IDADE 61

LEITO 404-6

DATA

14/07/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

SÁO

2 AVP

M

4 CI PROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS

Man

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

10° 20°

8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

9 DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N

10 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 120 MMHG

12 SIMETICONA 45 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 OMLPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O

14 SS 5V + CCGG 5/5 H

CP

15 CURATIVO DIÁRIO

Roraima

16 CLINDAMICINA 800MG EV 6/6HRS

17

12/07/2018

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, IOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFÉBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemir
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	T
12 H	124/73	62		35,8
18 H	116/66	69		36,5
24 H	120/70	80	20	36,4

Dr. Odinachi Okemir
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

7as 19 Administrado medicamentos
 Verificado 55 IV. Tel. 065-3200-0000
 CORENRR 156.431-TE

19as 07hs Prestado todos os procedimentos
 Sejam e exames. Agc:

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNOSTICO LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	51	LEITO	404-6	DATA	15/07/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				5h 15
2	AVP				10h 30
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS				10h 30
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				5h 15
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				24/25
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				24/25
10	TRAMAL 100MG + SFC 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				5h 15
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5h 15
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				5h 15
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				5h 15
14	ESSVV + COGG 6/6 H				5h 15
15	ACURATIVO DIÁRIO				M
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				5h 15
17					
18					
19					
20					

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

Evolução médica:

#ENCONTRO PACIENTE DITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITAÇÕES:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	6 H	12 H	18 H	24 H	20	35,8
	PA	FC	FR			
	108 X 66	63	18		36°C	
	115 X 70	70	17		36,2°C	
	110 X 70	67	22		37,0°C	

Dr Odinachi Okamiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia



1121
1046

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO	28/06/2018	DIA		DN	26/09/1966
-------------------------	------------	------------	--	-----------	------------

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS	HAS	DM2	
-----------------	-----	-----	--

IDADE	51	LEITO	404-6	DATA	16/07/2018
--------------	----	--------------	-------	-------------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SD
2	AVP	TM/NO
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/6 HRS	SD
7	TENOXICAM 45 MG EV Q1 X DIA S/N	SD
8	PLASIL 10MG EV 8/6H S/N	SD
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	SD
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/6H SE DOR INTENSA	SD
11	CAPTOPRIL 25 mg VOSE PAS > 160 E QU PAD > 110 MMHG	SD
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O B/B HRS S/N	SD
13	OMEPRAZOL 40MG FV 1X AO DIA OU 1 CP V.O	SD
14	SSWV + CGCG 6/6 H	SD
15	CURATIVO DIÁRIO	SD
16	CLUNDAMICINA 800MG EV 6/6HRS	SD
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORRÉÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	SD

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DIFERIDO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTF, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLIBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odilachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Dr. Odilachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	+
12 H				
18 H	136/73	65	20	36,2
23 H	111x66	58	21	36,3C

h14-013 foi adm 6h - PA = 109x69
medicado + 55V/V
Ano Maria S. Moreira
Auxiliar de Enfermagem
CCREF/RR 0004-184
CNPJ 23.567.460/0001-01
p=60
T=36,2C
R=20
Das 13 es 1000mm
pedras (CPM) + 55V/V
x 167644

às 7h Admitido as medicações CPM e
fundo 55V/V

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

28/06/2018

DIH

DN

26/08/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO: LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS:

HAS

DM2

IDADE:

51

LEITO

404-6

DATA

17/07/2018

ITEM:

PRESCRIÇÃO

HORARIO

- 1 DIETA ORAL LIVRE
 2 AWP
 4 CIPROFLOXACINA 400MG FV 1/2/12 HRS
 7 TENOXICAM 40 MG FV 31 X DIA S/N
 8 PLASIL 10MG FV 8/8 H/S/N
 9 CIPIRONA 10 EV DE 0:6H S/N
 10 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA
 11 CAPTOPRIL 25 mg VQ 3LPAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
 12 SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N
 13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O

- 14 SSVV + CGGG 6/6 H
 15 CURATIVO DIÁRIO
 16 CLINDAMICINA 600MG LV 6/6HRS

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 AUMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORDADO, HIDRATAÇÃO.

SOLICITADO:

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SFM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

B.H	PA	FC	FR	T.
12 H	130/70	70	46	35,8
18 H	122/70	82	58	36,0
24 H	126/60	72	-	36,2

Dr Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

PACIENTE C. DiARRÉIA DESDE
 16/07/18! *Repetido*

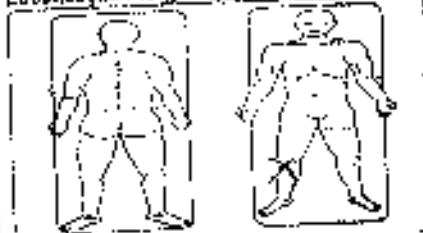
obstr.
 PA = 120X90
 FC = 86/
 TA = 36,2

Ferida Crônica

DATA: 17/04/18

 GRAU - I GRAU - II

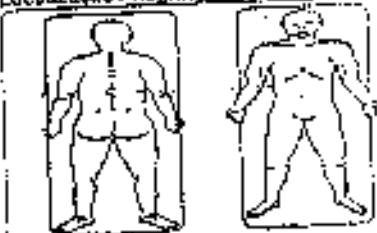
Localização / Região: m. I. D.



DATA:

 GRAU - I GRAU - II

Localização / Região:

Etiologia: Pressão I - II - III - IV Vencimento articular Diabético Envenenamento bacteriano Trauma contusoCorpo estranho: Sim Largura: _____ cm

Profundidade: _____ cm

 Envenenamento bacteriano Trauma contuso Vencimento articular Diabético

Corporamento: _____ cm Largura: _____ cm

Profundidade: _____ cm

Aparência do leito: Tendo craters e crateras com estercelo Tecido necrótico Seco, minimo úmido, pouco Úmido, moderado molhado, abundante Seroso Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serosanguinolento Siso Não evidente na borda da cobertura a borda do leito evidente na borda da cobertura a borda do leito evite que o leito entre no queijo Sem odor evite que o leito entre no queijo Sem odor Normal Macerada seca Eritema / Rubor Púrpura Outras _____ Siso Outro: _____ Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1% Clorexidina 4% Outro: _____ Gaze Colagenase Flórulae Sulfadiazina de Prata AGE Creme Marha Térde Marha Térde Diártio Outro: _____ Óxido de ferro Outro: _____</div



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



DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE 51

LEITO

412-1

DATA

18/07/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	24
2	AVP	24
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS	16
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	24
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	24
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	24
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	24
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	24
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	24
13	OMEPRAZOL 40MG FV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	24
14	SSVV - CCGG 6/6 H	Retro
15	CURATIVO DIÁRIO	M
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS	12/12h
17		12/12h
18		12/12h
19		12/12h
20	SE DIABÉTICO CORRÉÇÃO 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 DMGL, GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	12/12h

Evolução médica:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				Dr. Odilnachi Okemirli Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	
12 H	142/73	56	24	35,1
18 H	122/79	57	18	36,2°
24 H	115/80	79	20	35,8

07 as 13 adm medicas, c/3g sulfato de zinc 1500

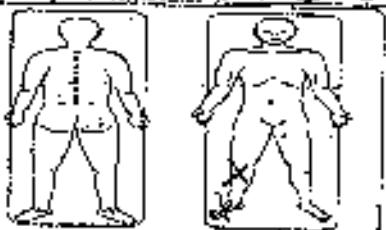
13 as 19h administrado medicacao ipr
verificado SSVV Té d'oradiv

Verso →

Nome: Teotonio Cipriano Costa

DATA: 18/07/14 Localização / Região: M.I.D

 GRAU - I

 GRAU - II


DATA:

 GRAU - I

 GRAU - II

Localização / Região:


 Etiologia: Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Disbílica Neuropática Crônica Trauma Outra:

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

 Parência do Lato: Tecido de granulação com sifonejo Tecido necrótico

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

 Tipo de exsudato: Seroso Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serosanguinolento

 Dor: Sim Não

 Odo: evidente na remoção da cobertura à beira do leito evidente ao entrar no quarto Sem odor

 Condíção da pele Perifissional: Normal Macerada seca Eritema / Rubor Purulida Outras: _____

 Solução para limpeza: Soro Fisiológico 0,9% Clorhexidina 1% Cloroxidina 4% Outro: _____

 Cobertura pós-natal (Coberto direto na sessão) Gaze Colagenase Sulfadiazina de Preta Outro: _____

 Hora do curativo: Manhã Tarde

Data da Próxima troca: _____ Em caso de > do 24hs _____

Curativo e abs. Téc. em Enfermagem: 01- _____ 02- _____

Caringo e Assinatura do Enfermeiro: _____

OBS: _____

 Etiologia: Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética Neuropática Crônica Trauma Outra:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm

 Parência do Lato: Tecido de granulação com sifonejo Tecido necrótico Seca

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

 Tipo de exsudato: Seroso Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serosanguinolento

 Dor: Sim Não

 Odo: evidente na remoção da cobertura à beira do leito evidente ao entrar no quarto Sem odor

 Condíção da pele Perifissional: Normal Macerada seca Eritema / Rubor Purulida Outras: _____

 Solução para limpeza: Soro Fisiológico 0,9% Clorhexidina 1% Cloroxidina 4% Outro: _____

 Cobertura pós-natal (Coberto direto na sessão) Gaze Colagenase Sulfadiazina de Preta Outro: _____

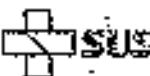
 Hora do curativo: Manhã Tarde

Data da Próxima troca: _____ Em caso de > do 24hs _____

Curativo e abs. Téc. em Enfermagem: 01- _____ 02- _____

Caringo e Assinatura do Enfermeiro: _____

OBS: _____



Sistema
Brasileiro
de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

5 - NOME DO PACIENTE:

Teotonio Apollos Costa

6 - N° DO PROCONTRÁRIO

7 - CÓDIGO NACIONAL DE CID (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

10 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTENÇÃO

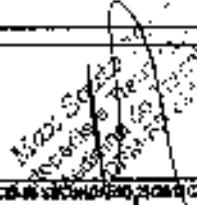
Osteomielite de fibula +
lesão de partes moles em fér -
ferro

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTENÇÃO

Tra cirurg

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVIAIS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

ETT + ECG



21 - CÓDIGO PRINCIPAL 22 - CÓDIGO SECUNDÁRIO 23 - CÓDIGO TERCIÁRIO 24 - CÓDIGO QUATERNÁRIO

20 - DESCRIÇÃO DO DISEGISTICO

Osteomielite fíbia + lesão partes moles

24 - DESCRITIVO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Desbridamento de ferida + Osteomielite de fíbia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - UNICA

27 - CÓDIGO DA ENTIDADE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DOCUMENTO

29 - NOME DO PROFISSIONAL, ESPECIALISTE / ASSISTENTE

30 - NOME DO DOCUMENTO (CONSÉP) DO PROFISSIONAL, BOLICENTANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - APROVAÇÃO DO CONSELHO -

33 - NOME DO CONSELHO - 34 - NOME DO CONSELHEIRO -

35 - NOME DO CONSELHEIRO - 36 - NOME DO CONSELHEIRO -

37 - NOME DO CONSELHEIRO - 38 - NOME DO CONSELHEIRO -

39 - NOME DO CONSELHEIRO - 40 - NOME DO CONSELHEIRO -

41 - NOME DO CONSELHEIRO - 42 - NOME DO CONSELHEIRO -

43 - NOME DO CONSELHEIRO - 44 - NOME DO CONSELHEIRO -

45 - NOME DO CONSELHEIRO - 46 - NOME DO CONSELHEIRO -

47 - NOME DO CONSELHEIRO - 48 - NOME DO CONSELHEIRO -

49 - NOME DO CONSELHEIRO - 50 - NOME DO CONSELHEIRO -

51 - NOME DO CONSELHEIRO - 52 - NOME DO CONSELHEIRO -

53 - NOME DO CONSELHEIRO - 54 - NOME DO CONSELHEIRO -

55 - NOME DO CONSELHEIRO - 56 - NOME DO CONSELHEIRO -

57 - NOME DO CONSELHEIRO - 58 - NOME DO CONSELHEIRO -

59 - NOME DO CONSELHEIRO - 60 - NOME DO CONSELHEIRO -

61 - NOME DO CONSELHEIRO - 62 - NOME DO CONSELHEIRO -

63 - NOME DO CONSELHEIRO - 64 - NOME DO CONSELHEIRO -

65 - NOME DO CONSELHEIRO - 66 - NOME DO CONSELHEIRO -

67 - NOME DO CONSELHEIRO - 68 - NOME DO CONSELHEIRO -

69 - NOME DO CONSELHEIRO - 70 - NOME DO CONSELHEIRO -

71 - NOME DO CONSELHEIRO - 72 - NOME DO CONSELHEIRO -

73 - NOME DO CONSELHEIRO - 74 - NOME DO CONSELHEIRO -

75 - NOME DO CONSELHEIRO - 76 - NOME DO CONSELHEIRO -

77 - NOME DO CONSELHEIRO - 78 - NOME DO CONSELHEIRO -

79 - NOME DO CONSELHEIRO - 80 - NOME DO CONSELHEIRO -

81 - NOME DO CONSELHEIRO - 82 - NOME DO CONSELHEIRO -

83 - NOME DO CONSELHEIRO - 84 - NOME DO CONSELHEIRO -

85 - NOME DO CONSELHEIRO - 86 - NOME DO CONSELHEIRO -

87 - NOME DO CONSELHEIRO - 88 - NOME DO CONSELHEIRO -

89 - NOME DO CONSELHEIRO - 90 - NOME DO CONSELHEIRO -

91 - NOME DO CONSELHEIRO - 92 - NOME DO CONSELHEIRO -

93 - NOME DO CONSELHEIRO - 94 - NOME DO CONSELHEIRO -

95 - NOME DO CONSELHEIRO - 96 - NOME DO CONSELHEIRO -

97 - NOME DO CONSELHEIRO - 98 - NOME DO CONSELHEIRO -

99 - NOME DO CONSELHEIRO - 100 - NOME DO CONSELHEIRO -

101 - NOME DO CONSELHEIRO - 102 - NOME DO CONSELHEIRO -

103 - NOME DO CONSELHEIRO - 104 - NOME DO CONSELHEIRO -

105 - NOME DO CONSELHEIRO - 106 - NOME DO CONSELHEIRO -

107 - NOME DO CONSELHEIRO - 108 - NOME DO CONSELHEIRO -

109 - NOME DO CONSELHEIRO - 110 - NOME DO CONSELHEIRO -

111 - NOME DO CONSELHEIRO - 112 - NOME DO CONSELHEIRO -

113 - NOME DO CONSELHEIRO - 114 - NOME DO CONSELHEIRO -

115 - NOME DO CONSELHEIRO - 116 - NOME DO CONSELHEIRO -

117 - NOME DO CONSELHEIRO - 118 - NOME DO CONSELHEIRO -

119 - NOME DO CONSELHEIRO - 120 - NOME DO CONSELHEIRO -

121 - NOME DO CONSELHEIRO - 122 - NOME DO CONSELHEIRO -

123 - NOME DO CONSELHEIRO - 124 - NOME DO CONSELHEIRO -

125 - NOME DO CONSELHEIRO - 126 - NOME DO CONSELHEIRO -

127 - NOME DO CONSELHEIRO - 128 - NOME DO CONSELHEIRO -

129 - NOME DO CONSELHEIRO - 130 - NOME DO CONSELHEIRO -

131 - NOME DO CONSELHEIRO - 132 - NOME DO CONSELHEIRO -

133 - NOME DO CONSELHEIRO - 134 - NOME DO CONSELHEIRO -

135 - NOME DO CONSELHEIRO - 136 - NOME DO CONSELHEIRO -

137 - NOME DO CONSELHEIRO - 138 - NOME DO CONSELHEIRO -

139 - NOME DO CONSELHEIRO - 140 - NOME DO CONSELHEIRO -

141 - NOME DO CONSELHEIRO - 142 - NOME DO CONSELHEIRO -

143 - NOME DO CONSELHEIRO - 144 - NOME DO CONSELHEIRO -

145 - NOME DO CONSELHEIRO - 146 - NOME DO CONSELHEIRO -

147 - NOME DO CONSELHEIRO - 148 - NOME DO CONSELHEIRO -

149 - NOME DO CONSELHEIRO - 150 - NOME DO CONSELHEIRO -

151 - NOME DO CONSELHEIRO - 152 - NOME DO CONSELHEIRO -

153 - NOME DO CONSELHEIRO - 154 - NOME DO CONSELHEIRO -

155 - NOME DO CONSELHEIRO - 156 - NOME DO CONSELHEIRO -

157 - NOME DO CONSELHEIRO - 158 - NOME DO CONSELHEIRO -

159 - NOME DO CONSELHEIRO - 160 - NOME DO CONSELHEIRO -

161 - NOME DO CONSELHEIRO - 162 - NOME DO CONSELHEIRO -

163 - NOME DO CONSELHEIRO - 164 - NOME DO CONSELHEIRO -

165 - NOME DO CONSELHEIRO - 166 - NOME DO CONSELHEIRO -

167 - NOME DO CONSELHEIRO - 168 - NOME DO CONSELHEIRO -

169 - NOME DO CONSELHEIRO - 170 - NOME DO CONSELHEIRO -

171 - NOME DO CONSELHEIRO - 172 - NOME DO CONSELHEIRO -

173 - NOME DO CONSELHEIRO - 174 - NOME DO CONSELHEIRO -

175 - NOME DO CONSELHEIRO - 176 - NOME DO CONSELHEIRO -

177 - NOME DO CONSELHEIRO - 178 - NOME DO CONSELHEIRO -

179 - NOME DO CONSELHEIRO - 180 - NOME DO CONSELHEIRO -

181 - NOME DO CONSELHEIRO - 182 - NOME DO CONSELHEIRO -

183 - NOME DO CONSELHEIRO - 184 - NOME DO CONSELHEIRO -

185 - NOME DO CONSELHEIRO - 186 - NOME DO CONSELHEIRO -

187 - NOME DO CONSELHEIRO - 188 - NOME DO CONSELHEIRO -

189 - NOME DO CONSELHEIRO - 190 - NOME DO CONSELHEIRO -

191 - NOME DO CONSELHEIRO - 192 - NOME DO CONSELHEIRO -

193 - NOME DO CONSELHEIRO - 194 - NOME DO CONSELHEIRO -

195 - NOME DO CONSELHEIRO - 196 - NOME DO CONSELHEIRO -

197 - NOME DO CONSELHEIRO - 198 - NOME DO CONSELHEIRO -

199 - NOME DO CONSELHEIRO - 200 - NOME DO CONSELHEIRO -

201 - NOME DO CONSELHEIRO - 202 - NOME DO CONSELHEIRO -

203 - NOME DO CONSELHEIRO - 204 - NOME DO CONSELHEIRO -

205 - NOME DO CONSELHEIRO - 206 - NOME DO CONSELHEIRO -

207 - NOME DO CONSELHEIRO - 208 - NOME DO CONSELHEIRO -

209 - NOME DO CONSELHEIRO - 210 - NOME DO CONSELHEIRO -

211 - NOME DO CONSELHEIRO - 212 - NOME DO CONSELHEIRO -

213 - NOME DO CONSELHEIRO - 214 - NOME DO CONSELHEIRO -

215 - NOME DO CONSELHEIRO - 216 - NOME DO CONSELHEIRO -

217 - NOME DO CONSELHEIRO - 218 - NOME DO CONSELHEIRO -

219 - NOME DO CONSELHEIRO - 220 - NOME DO CONSELHEIRO -

221 - NOME DO CONSELHEIRO - 222 - NOME DO CONSELHEIRO -

223 - NOME DO CONSELHEIRO - 224 - NOME DO CONSELHEIRO -

225 - NOME DO CONSELHEIRO - 226 - NOME DO CONSELHEIRO -

227 - NOME DO CONSELHEIRO - 228 - NOME DO CONSELHEIRO -

229 - NOME DO CONSELHEIRO - 230 - NOME DO CONSELHEIRO -

231 - NOME DO CONSELHEIRO - 232 - NOME DO CONSELHEIRO -

233 - NOME DO CONSELHEIRO - 234 - NOME DO CONSELHEIRO -

235 - NOME DO CONSELHEIRO - 236 - NOME DO CONSELHEIRO -

237 - NOME DO CONSELHEIRO - 238 - NOME DO CONSELHEIRO -

239 - NOME DO CONSELHEIRO - 240 - NOME DO CONSELHEIRO -

241 - NOME DO CONSELHEIRO - 242 - NOME DO CONSELHEIRO -

243 - NOME DO CONSELHEIRO - 244 - NOME DO CONSELHEIRO -

245 - NOME DO CONSELHEIRO - 246 - NOME DO CONSELHEIRO -

247 - NOME DO CONSELHEIRO - 248 - NOME DO CONSELHEIRO -

249 - NOME DO CONSELHEIRO - 250 - NOME DO CONSELHEIRO -

251 - NOME DO CONSELHEIRO - 252 - NOME DO CONSELHEIRO -

253 - NOME DO CONSELHEIRO - 254 - NOME DO CONSELHEIRO -

255 - NOME DO CONSELHEIRO - 256 - NOME DO CONSELHEIRO -

257 - NOME DO CONSELHEIRO - 258 - NOME DO CONSELHEIRO -

259 - NOME DO CONSELHEIRO - 260 - NOME DO CONSELHEIRO -

261 - NOME DO CONSELHEIRO - 262 - NOME DO CONSELHEIRO -

263 - NOME DO CONSELHEIRO - 264 - NOME DO CONSELHEIRO -

265 - NOME DO CONSELHEIRO - 266 - NOME DO CONSELHEIRO -

267 - NOME DO CONSELHEIRO - 268 - NOME DO CONSELHEIRO -

269 - NOME DO CONSELHEIRO - 270 - NOME DO CONSELHEIRO -

271 - NOME DO CONSELHEIRO - 272 - NOME DO CONSELHEIRO -

273 - NOME DO CONSELHEIRO - 274 - NOME DO CONSELHEIRO -

275 - NOME DO CONSELHEIRO - 276 - NOME DO CONSELHEIRO -

277 - NOME DO CONSELHEIRO - 278 - NOME DO CONSELHEIRO -

279 - NOME DO CONSELHEIRO - 280 - NOME DO CONSELHEIRO -

281 - NOME DO CONSELHEIRO - 282 - NOME DO CONSELHEIRO -

283 - NOME DO CONSELHEIRO - 284 - NOME DO CONSELHEIRO -

285 - NOME DO CONSELHEIRO - 286 - NOME DO CONSELHEIRO -

287 - NOME DO CONSELHEIRO - 288 - NOME DO CONSELHEIRO -

289 - NOME DO CONSELHEIRO - 290 - NOME DO CONSELHEIRO -

291 - NOME DO CONSELHEIRO - 292 - NOME DO CONSELHEIRO -

293 - NOME DO CONSELHEIRO - 294 - NOME DO CONSELHEIRO -

295 - NOME DO CONSELHEIRO - 296 - NOME DO CONSELHEIRO -

297 - NOME DO CONSELHEIRO - 298 - NOME DO CONSELHEIRO -

299 - NOME DO CONSELHEIRO - 300 - NOME DO CONSELHEIRO -

301 - NOME DO CONSELHEIRO - 302 - NOME DO CONSELHEIRO -

303 - NOME DO CONSELHEIRO - 304 - NOME DO CONSELHEIRO -

305 - NOME DO CONSELHEIRO - 306 - NOME DO CONSELHEIRO -

307 - NOME DO CONSELHEIRO - 308 - NOME DO CONSELHEIRO -

309 - NOME DO CONSELHEIRO - 310 - NOME DO CONSELHEIRO -

311 - NOME DO CONSELHEIRO - 312 - NOME DO CONSELHEIRO -

313 - NOME DO CONSELHEIRO - 314 - NOME DO CONSELHEIRO -

315 - NOME DO CONSELHEIRO - 316 - NOME DO CONSELHEIRO -

317 - NOME DO CONSELHEIRO - 318 - NOME DO CONSELHEIRO -

319 - NOME DO CONSELHEIRO - 320 - NOME DO CONSELHEIRO -

321 - NOME DO CONSELHEIRO - 322 - NOME DO CONSELHEIRO -

323 - NOME DO CONSELHEIRO - 324 - NOME DO CONSELHEIRO -

325 - NOME DO CONSELHEIRO - 326 - NOME DO CONSELHEIRO -

327 - NOME DO CONSELHEIRO - 328 - NOME DO CONSELHEIRO -

329 - NOME DO CONSELHEIRO - 330 - NOME DO CONSELHEIRO -

331 - NOME DO CONSELHEIRO - 332 - NOME DO CONSELHEIRO -

333 - NOME DO CONSELHEIRO - 334 - NOME DO CONSELHEIRO -

335 - NOME DO CONSELHEIRO - 336 - NOME DO CONSELHEIRO -

337 - NOME DO CONSELHEIRO - 338 - NOME DO CONSELHEIRO -

339 - NOME DO CONSELHEIRO - 340 - NOME DO CONSELHEIRO -

341 - NOME DO CONSELHEIRO - 342 - NOME DO CONSELHEIRO -

343 - NOME DO CONSELHEIRO - 344 - NOME DO CONSELHEIRO -

345 - NOME DO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 10/04/18

Fátono Cipriano Costa

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: lesão expusa de partes moles

INDICAÇÃO TERAPEUTICA: ferro e pé + osteomielite +

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E AGUDENTES: Iodo Cirurg. osteomielite fibra +

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Desbridamento em pé

CIRURGIAO: Jonathas

1º AUXILIAR: Flays

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESIA: Biper

ANESTESICO:

INÍCIO:

FIN:

MAX 50%
Oxigênio 100%
DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 Pede em 201 sob anestesia
- 2 Antissepsia + Assepsie
- 3 Retirada de peças
- 4 Desbridamento de ferimento necrótico na região plantar da base do 1º Metatarsal
- 5 Desbridamento de lesão necrótica de face externa medial da fibula
- 6 Anadegerm de face anterior da fibula
- 7 Fita c/ fita esterilizante
- 8 Sutura dos bordos

Dr. Jonathas C. Lopes
CRM-Roraima 14272
Data: 10/04/2018

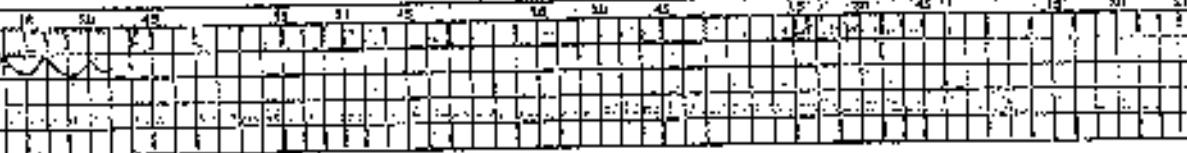


Tecelino Cipriano Costa.

PROMEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - CRI - EFEITO

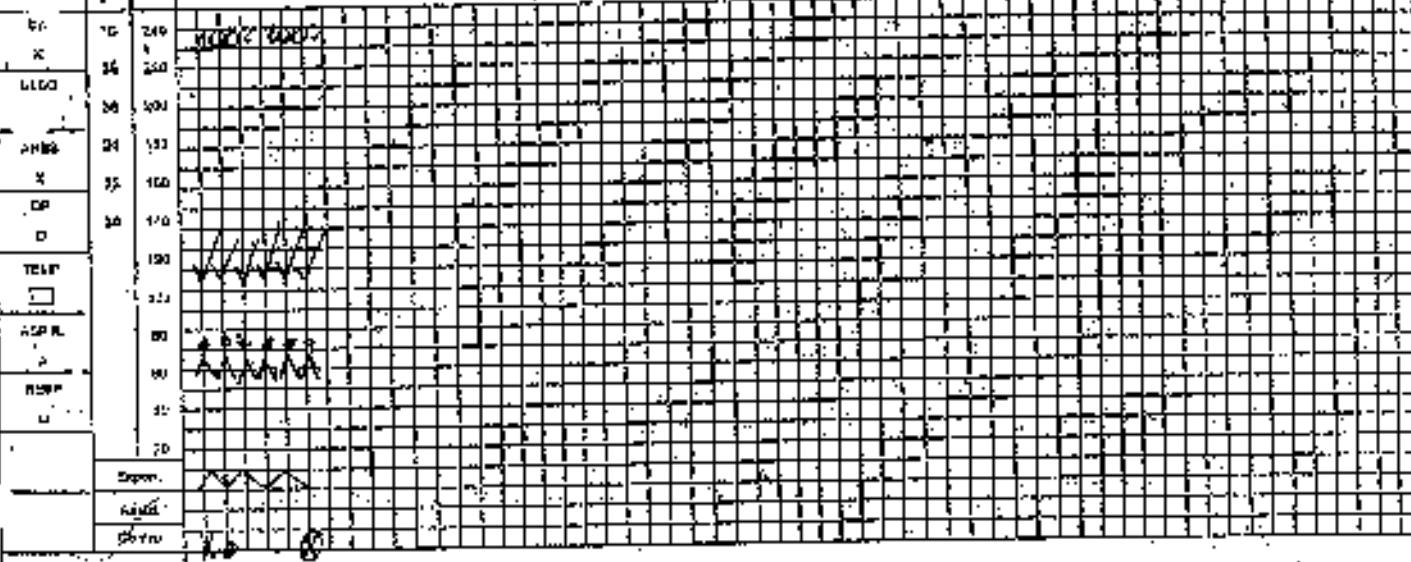
19.03.2018

ab



Dose(s) infusão(s)
A V P

100



medicamentos

ANESTÉSICO Nefopam 10 mg

Multistrom Sime

Penbutal 50 mg

<p



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

204-2

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

ONOME DO PACIENTE Jônathas Cipriano Costa	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	19	DATA 107/18
CIRURGIA				
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteomielite de PÉ D + Osteotomia	INÍCIO 20:18	FIM 20:44	TEMPO TOTAL	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO Dr. Horácio	ANESTESISTA: Dr. Rinaldo			
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: Dr. Fábio			
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR			
TIPO DE ANESTESIA: RDX	CIRCULANTE Socorro, Onígio e Jonathas			
TEMPO DE DURAÇÃO:				
QTD.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	VALOR
1	PCIS COMPRESSAS C/03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ML 0,9ml de O ₂
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
1	LUVA ESTERIL 7,0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
1	LUVA ESTERIL 7,5			FIO VICRYL N°
1	LUVA ESTERIL 8,0			FIO MONONYLON N°
1	LUVA ESTERIL 8,5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	0,1M		FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
1	LÂMINA BISTURI N° 15			FIO CATOUT SIMPLES N° 0,014mm de diâmetro
1	DRENO DE SUCCÃO N°		12	FIO CATOUT CRÔMADON N° 10/0
1	DRENO DE TORAX N°		12/21	FIO PROLENE N° 0/0/0/0
1	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N° 11/0/0/0/0/0/0
1	SERINGA 01ML			SURGICEL
1	SERINGA 05ML			CERA BRANCA 200 ml de floridina
1	SERINGA 10ML			KIT CATARATAN N° 0,014mm
1	SERINGA 20ML			GEOFOLAM - equis malto
				FITA CARDIACA 11mm
				OUTROS:

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB-TOTAL
	Alma e Solange	TAXA DE SALA	
FUNCIONARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA Socorro, Jonathas Núbia	TAXA DE ANESTESIA	SOMA
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Jônathas Chacino	APT OU LEITO 01	Nº DO PRONTUÁRIO 19	DATA 10/10/18
--------------------------------------	--------------------	------------------------	------------------

CIRURGIA

TIPO

TEMPO DE DURAÇÃO

TIPO	INÍCIO 20:18	FIM 20:44	TEMPO TOTAL
Ostomilite da PE (6) + Osteotomia			

RURGIÃO Dr. Jônathas	ANESTESISTA: Dr. Rômulo
AUXILIAR	RES. ANESTESIA: Dr. Rômulo

AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
	Circulante

PO DE ANESTESIA: Dr. Rômulo	CIRCULANTE Socorro, Onígio e Jônathas	TEMPO DE DURAÇÃO:

Nº.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCT'S COMPRESSAS C/03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ML 100ml da C	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	10,00		FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1	LÂMINA BISTURI N° 15			FIO CATGUT SIMPLES N°	
1	DRENO DE SUCCÃO N° 10mm		1/2	FIO CATGUT CROMADO N°	
1	DRENO DE TORAX N° 14mm N. 20		1/2	FIO PROLENE N°	
1	DRENO DE PENROSE N° 1			FIO SEDA N°	
1	SERINGA 01ML			NUCAINE FISIOL	
1	SERINGA 03ML			SURGICEL	
1	SERINGA 05ML			CERA DE OSSO 200ML	
1	SERINGA 10ML			KIT CATARATAN	
1	SERINGA 20ML			GORETEX	
				FITA CARDIACA	
				OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE		
	Aline e Solange		
INSTRUMENTARIO/CALCUTOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
	Socorro, Jônathas	TAXA DE ANESTESIA	
	Nívia	SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	



NOME: Fábio Oliveira Góes

ESTÂNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO SP

תְּמִימָנָה וְמִתְּמִימָנָה אֲלֵיכֶם כַּאֲלֵיכֶם
בְּעֵינֵיכֶם כַּאֲלֵיכֶם בְּעֵינֵיכֶם

Effects

JOURNAL OF CLIMATE

APPENDIX

卷之三

卷之三

1. Ergebnis: 0,00
2. Ergebnis: 0,00
3. PVC
4. Ober der Eltern

卷之三

卷之三

Figure 1. A grid of vertical and horizontal lines.

卷之三

卷之三

ପ୍ରକାଶକ

卷之三



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



DATA DE ADMISSÃO : 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS

HAS

901-2

DM2

IDADE

51

LEITO

4321

DATA

20/07/2018

ITEM

PRÉSCRIPÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE		5 AM
2	AVP		
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS		
7	TENOXYCAM 40 MG EV 01 X D/A S/N		
8	FLASI 10MG EV B/BH S/N		
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	20	22 06
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		5U
11	CAPTOPRIL 25 mg VO 1/2CP PAS > 150 E OU 2AD > 110 MMHS		
12	SIMETICONA 10 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
13	OMEПRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		
15	CURATIVO DIÁRIO		
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS		
17			
18			
19			
20			

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORDADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

#PREVISÃO DE ALTA: SFM PREVISÃO

Dr Odijachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	100/670	98	18 36.2
18 H	130/180	71	22 36.1
24 H	130/67	64	36.0°C
Q/H	117/68	56	36°C

Dr Odijachi Okemiri

Residente de Ortopedia e
Traumatologia

12:00 → paciente queixando-se de dor administrada
dor 0.9, avv: Amb. Todos medicamentos realizados
e.p.m.

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

DATA DE ADMISSÃO: 28/06/2018 DIH: 1 DN: 26/09/1966

PACIENTE: ETEOTONIC CIPRIANO COSTA

AGNOSTICO: LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS:

IDADE: 51

ITEM:

HAB:

LEITO:

DATA:

PRESCRIÇÃO:

HORÁRIO:

DIETA ORAL LIVRE

SIN

AVF

M

CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS

10/10

TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

10/10

FLASIL 10MG EV 8/8HS S/N

10/10

DIFIRONA 1G EV DE 6/8H S/N

10/10

IRAMAL 100MG + SF 0 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

10/10

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

10/10

SIMETICONA 40 GOTAS V.O 6/8 HRS S/N

10/10

OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 GRV D

10/10

SSVV + CGG 6/8 H

10/10

CURATIVO DIARIO

10/10

CLINDAMICINA 300MG EV 6/8HS

10/10

17

10/10

18

10/10

19

10/10

20

10/10

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

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BBG, IOTE, ACIANÓTICO, ANICLÉTRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORRADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Odinachi Okemir
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

SINAIS VITAIS			
€.H	PA	FC	FR
12 H	128x81	49	26,0
1a H	156x92	73	36,6
24 H	120/83	29	36,8

Dr. Odinachi Okemir
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

65 - 111 x 24 2767 T 36

Teotónio Capriano Costa



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



DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TECTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO LESAO EXTENSA PARTES MOLES PERNAS DIREITO

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 51 LEITO 201-2 DATA 22/07/2018

ITEM	PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	AVP	Mantér
4	C.PROPFLOXACINA 400MG EV 12/12H IRR	10 ^h -22
7	TENOXICAM 10 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 5/8H S/N	
9	DIPRONE 1G EV DE 6/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E DU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	O-MEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	06 ^h
14	SSVV + CCGG 6/6 H	Retina
15	CRITICO DIÁRIO	M
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS	12-18-24-06
17		
18		
19		
20		

SE DIABÉTICO CORRÉÇÃO 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 DMGL, GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Evolução MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCURADO, HIDRATADO.

SOLICITAÇÕES:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO

PREVISÃO DE ALTA: SFM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				Dr Odilachi Okemir Mariolina S. Richel Auxiliar De Ortopedia e COREN: 043001048 Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	66	—	3632
18 H	135/78	74	—	328
24 H	140/80	78	—	328

18h: Realiza des

es tênis 04.51.36

Mariolina S. Richel
Auxiliar De Ortopedia e
COREN: 043001048

DATA: 23/07/2018
PACIENTE: TECTONIO CIPRIANO COSTA
HORA: 12:00
DR: Odilachi Okemir
Assistente: Mariolina S. Richel
Assistente: Odilacni Okemir

Dr. Odilachi Okemir
Médico Residente
Data: 18/07/2018
CRM: 186178

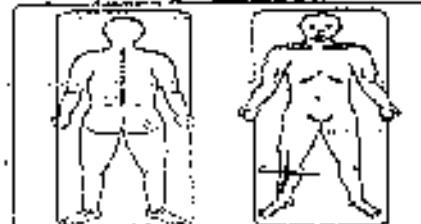
Nome: Técnica Líquido Costa

DATA: 22.07.18

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região MDP

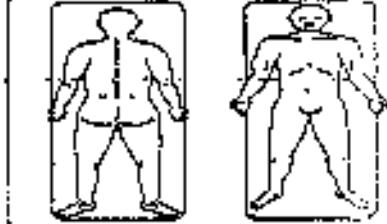


DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

Presunto I - II - III - IV bônus c/Artrose o Diabética que irá pôr a hérnia c/ Trauma contuso.

Presunto I - II - III - IV bônus c/Artrose o Diabética que irá pôr a hérnia c/ Trauma contuso.

Tamanho da ferida:

Comprimento _____ cm Largura _____ cm

Comprimento _____ cm Largura _____ cm

Profundidade _____ cm

Profundidade _____ cm

Aparência do lesão:

Tecido de granulação c/ com esfacelo
 Tecido tecido os

Tecido de granulação c/ com esfacelo
 Tecido necrótico c/ Escara

Quantidade de exsudato:

c/ seco, mínimo c/ úmido, pouco
 úmido, moderado c/ molhado, abundante

c/ seco, mínimo c/ úmido, pouco
 úmido, moderado c/ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

c/ Serooso c/ Flúido c/ Sangüinolento
c/ Fibrinólico Serossanguinolento

c/ Seroso c/ Flúido c/ Sangüinolento
c/ Fibrinólico c/ Serossanguinolento

Dor:

Sim Nao

Sim c/ Não

Odo:

c/ evidente na retração da cicatriz c/ a beira do leito
c/ evidente ao entrar no quarto Suer odor

c/ evidente na retração da cicatriz c/ a beira do leito
c/ evidente ao entrar no quarto c/ Bom odor

Condição da pele Perilesional:

c/ Normal Macerada c/ seca c/ Eritema / Rubor
c/ Purrudo c/ Outras _____

c/ Normal c/ Macerada c/ seca c/ Eritema / Rubor
c/ Purrudo c/ Outras _____

Solução para limpeza:

Soro Fisiológico 0,9% Cloraxidina 1%
c/ Cloroxalina 4% c/ Outro: _____

c/ Soro Fisiológico 0,9% c/ Cloraxidina 1%
c/ Cloroxalina 4% c/ Outro: _____

Abertura primária (Cuidado direto na lesão):

Gaze c/ Colagenase
 Fibrinase c/ Sulfadiazina de Prata
 AGE c/ Outro: _____

Gaze c/ Colagenase
 Fibrinase c/ Sulfadiazina de Prata
 AGE c/ Outro: _____

Horas do curativo:

Manhã c/ Tarde

Manhã c/ Tarde

Orna da Próximaria (aplicar:

1x1 ou de 4 a 24hs

Carimbo e assin. Téc. em Enfermagem:

Maria de Fátima N. Viana
Auxiliar de Enfermagem
CNPJ 11.111.111-11

0% Álcool 70% Isopropanol
Auxiliar de Enfermagem
CNPJ 11.111.111-11

01- 02-

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

OBS:

OBS:

HOSPITAL GERAIS DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN			
PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA					
AGNÓSTICO: ONG DE PÉ D + DESBRIDAMENTO					
ALERGIAS:	NEGA	HAS	NAO	DM2	NAO
IDADE:	51	LEITO	201-2	DATA:	24/07/2018
ITEM:					HORÁRIO
1.	DIETA ORAL LIVRE PARA DIABETICO				5 U
2.	AVP				MINUTER
4.	CIPROFLOXACINA 500MG EV 12/12HR				16
6.	CIPRIRONA 01G EV DE 8/9 HS				08-16-24
6.	TRAMADOL 100MG 0,9% EV QD 01-0H VO DE 8/8HS SE DOR INTENSA				16
7.	FLASIL 10mg EV 9/8HS SINT				16
9.	CAPTOPRIL 2,5mg VO SE PAS > 180 E.CU RAD 3/30 MG/HG				16
10.	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8HS S/N				16
11.	CURATIVO DIÁRIO				16
12.	SSVV + COGG DIS H				16
13.	CERTAZIDINA 4G EV/4HR				16
14.					
16.					

MEDICAMENTOS: INFORMAR A QUANTIDADE DIA, HORAS, FORMA DE ADMINISTRAÇÃO, DURAÇÃO, EFEITOS COLATERAIS, POSSIBILIDADE DE INTERAÇÕES, ETC. SEMPRE CONFORME A INSTRUÇÃO DO FARMACEUTICO. NUNCA FAZER MEDICAMENTOS SEM CONSULTA A MÉDICO, FARMACÊUTICO, E/OU TERAPEUTA.

Evolução médica:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	113/69	62	23	36
12 H	140X90	72	23	36
18 H	135X94	63	20	36 C
24 H	122/81	63	18	35,8

PFN CONTRO PACIENTE DENTADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, IOTE, ACINÓTICO, ANESTÉTICO, AFEBRIL, FURNEICO, NORMOCÓRARIO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr Odilon Okernir
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Feito ssvv e medicacao
cartorio prescrever. Be boas



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

DATA DE ADMISSÃO:

DIH:

DN:

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

DIAGNÓSTICO DE PE D + DESBRIDAMENTO

1 FRGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
2 IDADE	51	LEITO	201-2	DATA	20/07/2018

ITEM	DETALHAMENTO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE PARA DIABETICO	5 AM
2	AVP	MANHÃ
4	CIPROFLOXACINA 500MG EV 12/12HR	10:00 20/07/2018
5	DIMIRONA 01 G EV DE 6/8 HS	02:00 20/07/2018
3	TIRAMAL 120MG - SF 08% EV 01L VO DE 6/8 HS DOR INTENSA	25/07/2018
7	PLASE 10 mg EV 8/8H (S/N)	25/07/2018
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PASSE 100 E QUAD 2/10 MM/IG	25/07/2018
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 6/8 HS (S/N)	25/07/2018
11	CURATIVO DIÁRIO	25/07/2018
12	SSVV + COCG 6/6.H	25/07/2018
13	CEFTAZIDIMA 0,5EV 12HR	25/07/2018
14		
8		

BALNEOTERAPIA: DIA 1: COX 1 JULHA REGULAR 15X30, PONTILHAT ESQUERDA 10X20, COX 25X30, ABL 30X30 JULHA 10X20, COX 10X20
DIA 2: COX 1 JULHA 10X20, COX 25X30, ABL 30X30 JULHA 10X20, ABL 10X20, COX 10X20

Paciente refere celulite

Dr. Onnachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINALS VÍ	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	MAX 130	62	35	36
18 H	140/75	60	36	36
24 H	145/73	58	36	36

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BFG 10F, ACIANÓTICO, ANIGÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORRADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Onnachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



Venue: Cipriano Costa
DATA: 25/04/18
Localizado / Realizou: H.I.D.

Etologia:	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma - IV - IV diversas modalidades da chama <input checked="" type="checkbox"/> Estufamento / contusão / Trauma direto	Localização / Região: <u>Pé D</u>
Tematica da Ferida:	<input checked="" type="checkbox"/> Comprimido: _____ cm <input checked="" type="checkbox"/> Prolongado: _____ cm	<input checked="" type="checkbox"/> Profundidade: _____ cm
Reação do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Reação de granulação e com edema <input checked="" type="checkbox"/> Tecido tecidual	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação e com edema <input checked="" type="checkbox"/> Tecido tecidual
Quantidade de Exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seco, malha <input checked="" type="checkbox"/> Umido, parco <input checked="" type="checkbox"/> Umido, moderado <input checked="" type="checkbox"/> Molhado, abundante	<input checked="" type="checkbox"/> Seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> Umido, parco <input checked="" type="checkbox"/> Umido, moderado <input checked="" type="checkbox"/> Molhado, abundante
Tipo da exsudata:	<input checked="" type="checkbox"/> Serofofo <input checked="" type="checkbox"/> Firmeza <input checked="" type="checkbox"/> Sangue <input checked="" type="checkbox"/> Frouxo <input checked="" type="checkbox"/> Fluido sanguíneo	<input checked="" type="checkbox"/> Serofofo <input checked="" type="checkbox"/> Firmeza <input checked="" type="checkbox"/> Sangue <input checked="" type="checkbox"/> Frouxo <input checked="" type="checkbox"/> Fluido sanguíneo
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma <input checked="" type="checkbox"/> Muito	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente na remoção da cobertura <input checked="" type="checkbox"/> A dor é do leito <input checked="" type="checkbox"/> evitando ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sórvele dor
Odo:		<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> Intenso / Rústico <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> Intenso / Rústico
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Maculada <input checked="" type="checkbox"/> Edematosa / edemato-sangüinea <input checked="" type="checkbox"/> Próstica <input checked="" type="checkbox"/> Outras	<input checked="" type="checkbox"/> Vermelha <input checked="" type="checkbox"/> Edematosa / edemato-sangüinea <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza:	<input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 4% <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 4% <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Cintado direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Plástico <input checked="" type="checkbox"/> Firmeza <input checked="" type="checkbox"/> AGE	<input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input checked="" type="checkbox"/> Enzima desfibrilada da F. nis <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____
Horas do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde
E da Próxima troca: E: dia de 4 de 24hs	<u>Díario</u>	
Caderno e assinatura: Téc. em Enfermagem	01- <u>Cesar Nunes Costa</u> Técnico em Enfermagem COREN-RR 588-298	02- <u>Vanessa da Silva Moraes</u> Técnica Enfermeira COREN-RR 365-103-11
Caderno e Assinatura do Enfermeiro	03- <u>Cesar Nunes Costa</u> Técnico em Enfermagem COREN-RR 589-293	

OBS:

OBS:

Número:

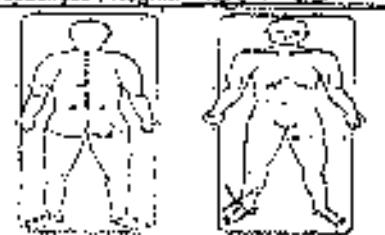
Katiane Lepriane Costa

DATA: 26.07.18

Localização / Região

GRAU - I

GRAU - II

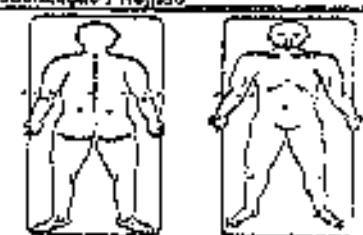


DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região



Elastrugia

Fissão I - II - III - IV avançada anterior e glássica

Macrólise e fibrígena dérmica, coroa

Fissão I - II - III - IV avançada anterior e glássica

Macrólise e fibrígena e fratura edema

Tensão da ferida:

Corporativo em Langue Profundidade cm

Corporativo em Langue Profundidade cm

Arreio do Leito:

Teste de granulação com esfregaço

Teste inscrito

Teste de granulação com esfregaço

Teste necrólico Seca

Quantidade de exsudato:

seco, fininho líquido pouco

úmido, moderado molhado, abundante

seco, mínimo líquido pouco

úmido, moderado molhado, abundante

tipo de exsudato:

Séroso Fibroídeo Sanguíneo Outro

Purulento Serosanguíneo

Seroso Fibroídeo Sanguíneo Outro

Purulento Serosanguíneo

Dor:

Sim

Não

Síntoma Não

Odo:

evidente na remoção da coberatura a base do leito

evidente ao entrar no quarto Sem odor

evidente na remoção da coberatura a base do leito

evidente ao entrar no quarto Bom odor

Condição da pele:

Normal Macerada seca Eritema / rubor

Prurido Duras

Normal Macerada seca Eritema / rubor

Prurido Duras

Solução para limpeza:

Água Fisiológica 0,9% Clorhexidina 1%

Clorhexidina 4% Outro: _____

Água Fisiológica 0,9% Clorhexidina 1%

Clorhexidina 4% Outro: _____

Cobertura primária
(Colado direto na lesão):

Gaze Colagenase

Fibrinose Sulfação de Prata

AGE Outro: cataplasma

Gaze Colagenase

Fibrinose Sulfação de Prata

AGE Outro: _____

Hora do curativo:

Manhã

Tarde

Manhã

Tarde

dia da Progravação:
Em caso de + da 24hs

29.07.18

Cartimbo e ass.

01-

02-

01-

02-

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

Protege Moreira
Assinatura do Enfermeiro:
Nº RR 483.364

Marcos Reis Moreira
Técnico em Enfermagem
COREN/RN 000129.004

OBS:

OBS:



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



DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNOSTICO MC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	51	LEITO	201-2	DATA	27/07/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				5/10
2	AVF				MANTER
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS				10-22
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S/N
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 310 MMHG				
12	SIMETICONA 43 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	DIMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				106
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINAR
15	CURATIVO DIÁRIO				M
16	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS				08/16-24
17					
18					
19					
20	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: BUI: ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DE/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DILITADO NO LÍTIMO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
06/07/2018

Dr Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	127x80	59	
18 H	112+84	86	20
24 H			36,40

12h medicado CRM e
verificado no setor

Andressa Seefeldt
CORPORR080407-TE

27-07-18 18:00:45
Pode ir para o leito
conservado, nálfado
item 16 e 55
contato 091-200-3883

SEN 1000
MASIO RHOS
SINUS
VITOL
Antônio da Silva Souza
Técnico de Enfermagem
Código 091-200-3883



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



DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO OMIC DE PÉ DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 51 LEITO 201-2 DATA 28/07/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	21:00
2	AVP	10:00
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS	10:00
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SI
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SI
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	SI
10	TRAMAL 100MG + SFD,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SI
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SP
12	SIMETICONA 40 GÓTAS V.O 8/8 HRS S/N	06:00
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	06:00
14	SSVV + OCGG 6/6 H	06:00
15	CURATIVO DIÁRIO	M
16	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS	06:00
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE ≥ 30% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFERRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				Dr Odinachi Okemiri Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140x80	56	36,2	
18 H	135x82	61	36,4	
24 H	140x80	60	36,0	

064 100X60 57 36.0°C



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



DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966
PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO OMC DE PÉ DIREITO + DESBRIDAMENTO
ALERGIAS HAS DM2

IDADE 51 LEITO 201-2 DATA 29/07/2018
ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	S/V
2	AVP	
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS	meia
7	TENOXYCAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	10:30
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10	FRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMEPIRONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.D	
14	SSVV + CGGG 6/6 H	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS	
17		
18		
19		
20		

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

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOFL, ACHANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
CRM: 185174

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
06H	120x71	53	
18 H			
24 H	106x68	63	

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia



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

HGT



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966
PACIENTE TECTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO: OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO
ALERGIAS:

IDADE	HAS	DM2	
ITEM	LEITO	201-2	DATA
1	DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIO
2	AVP		SUB.
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS		MANTER
7	TENOXYCAM 40 MG EV 01 X DIA S/N		LOS 250
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N		SU
10	TRAMAL 100MG + SF 2,9% 100ML EV DE 8/6H SE DOR INTENSA		
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG		
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
13	OMEPRAZOL 10MG FV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O		
14	SSVV + CGGG 6/6 H		06
15	CURATIVO DIÁRIO		ROTURA
16	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS		02
17			08-26-2018
18			
19			
20			

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFFBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	T
12 H	131 x 81	64	20	36°C
18 H	134 x 74	58	20	36°C
24 H	134 x 88	63	22	36°C

Dr. Othonachir Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

36-03-18 7:30 treinado
A.U. P. M.S.E.
2:00hs. Pcti de ferida m
bito, curativos realizados
medicacão idêntica a dada e
COVU - C.P.V. CORRENTE

IP foi administrado os
etim 16 de Ácido Aspártico
Isabel Gomes Marques
Tec. de Enfermagem
CORRENTE

NO

Localização / Região		Localização / Região	
Nome: <i>WILIANO COSTA</i>	DATA: <i>20/01/16</i>	<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - II
TOGRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - II
TOGRAU - II			
Ecologia:	<input checked="" type="checkbox"/> Pratico - I - II - III - IV - Venoso arterial c. Diatética neuropática c. cirúrgica c. Trauma isolado	<input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV - venosa sanguínea c. Diabética neuropática c. cirúrgica c. Trauma isolado	
Tamnho da Ferida:	Comprimento _____ cm	Comprimento _____ cm	
Profundidade _____ cm	Largura _____ cm		
Tensão da lesão:	<input checked="" type="checkbox"/> tecido de granulação c. corr. epitelial	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação c. corr. epitelial	
<input checked="" type="checkbox"/> tecido necrótico	<input checked="" type="checkbox"/> Escara		
Quantidade de Exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo c. úmido, pouco	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo c. úmido, abundante	
<input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado c. molhado, abundante	<input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado c. molhado, abundante		
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> seroso c. purulento c. sangüinento	<input checked="" type="checkbox"/> seroso c. fibrinoso c. sangüinento	
<input checked="" type="checkbox"/> purulento c. serossanguíneo	<input checked="" type="checkbox"/> Purulento c. Serossanguíneo		
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
Odo:	<input checked="" type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura c. a bela da lesão	<input checked="" type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura c. a bela da lesão	
<input checked="" type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto	<input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele Periferial:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal c. Macerada c. seca c. Eritema / Rubor	<input checked="" type="checkbox"/> Normal c. Macerada c. seca c. Eritema / Rubor	
<input checked="" type="checkbox"/> Fria c. Quente	<input checked="" type="checkbox"/> Fria c. Quente		
Solução para limpeza:	<input checked="" type="checkbox"/> Soluções fisiológicas 0,9% c. Clorexidina 1%	<input checked="" type="checkbox"/> Soluções fisiológicas 0,9% c. Clorexidina 1%	
<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4%	<input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária (contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> gaze c. fibrinosa c. AGE	<input checked="" type="checkbox"/> Colagenase c. Sulfadiazina de Prata c. Outro: _____	
No p-curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã	<input checked="" type="checkbox"/> Tarde	
Hora P-Próximo troco:			
Em caso de + de 24hs			
Carimbo a ass. Téc. em Enfermagem	01- <i>[Assinatura]</i>	01- <i>[Assinatura]</i>	
Carimbo c Assinatura do Enfermeiro	01- <i>[Assinatura]</i>	02- <i>[Assinatura]</i>	
OBS:			
OBS:			



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



DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO: ÓMICO DE PÉ DIREITO + DESBRIAMENTO

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 51 LEITO 201-2 DATA 31/07/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE S.R.D.

2 AVP MANGER

4 CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS 10.22

7 TENOXICAM 40 MG EV 31 X DIA S/N 5V

5 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N Y

9 DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N

10 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 40 GOTAS V.O B/B HRS 5/N

13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 06

14 SSVV + COGG 6/6 H ROTINA

15 CURATIVO DIÁRIO 20.24

16 CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS

17

18

19

20

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

Evolução médica:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFFBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odilonach Okemiri
Medicamento: Insulina
Ortopedia e Traumatologia
Cpf: 188.100-1

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	150x78	67	36.1
18 H	140x87	63	36.5
24 H	115x70	65	36.5

Assinatura do Dr. Odilonach Okemiri
Médico Residente De Ortopedia e
Traumatologia

67 150x78 67 36.5
FEITO AVP. 12.5 E

Ariques da Silva Souza
Técnico de Enfermagem
Caren Apolo 200 883

Nome: **Tecido Lipídeo c/ecta**

Localização / Região		Localização / Região M.C.D.	
DATA: 8/10/18		DATA: 3/10/18	
<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - II	<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - II
Etiologia: <input type="checkbox"/> Procedimento - II - III - IV c/ lesão óptimal c/ cicatriz <input type="checkbox"/> Lesão adquirida c/ Trauma envolvendo: Comprimento _____ cm Largura _____ cm	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV c/ Verba c/ Alterar o Diábalho c/ neuropatologia c/ Traficante envolve:		
Tamanho da lesão: Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura _____ cm		
Aparência do leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação c/ cor esfaca <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação c/ cor esfaca <input type="checkbox"/> Tecido necrótico c/ Escara		
Qualidade do exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo c/ brilho, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado c/ malhação, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo c/ brilho, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado c/ malhação, abundante <input type="checkbox"/> Brilhoso c/ fibrinosa c/ sangramento		
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso c/ fibrinosa c/ sangramento <input type="checkbox"/> Purulento c/ sanguinolento	<input type="checkbox"/> Sangue c/ fibrina c/ sanguinolento		
Dor: <input type="checkbox"/> Sim c/ Não	<input type="checkbox"/> Sim c/ Não		
Odo: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura c/ a bolha do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto c/ Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura c/ a bolha do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto c/ Sem odor		
Condição da pele Peritacional: <input type="checkbox"/> normal c/ acneica c/ seca c/ Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido c/ Outras	<input type="checkbox"/> Normal c/ Maceração c/ seca c/ Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido c/ Outras		
Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Água Fisiológica 0,9% c/ Clorhexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 4%	<input type="checkbox"/> Água Fisiológica 0,9% c/ Cloraxidina 2% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 4% c/ Outro:		
Cobertura primária (Coberto direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze c/ Flúmese c/ AGE	<input type="checkbox"/> Colagenase c/ Sulfadiazina de Prata c/ Outro:		
Horário-curativo: <input type="checkbox"/> Manhã c/ Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã c/ Tarde		
Data da Próxima cura: Em caso de + de 24h até ho e dia. Téc. em Enfermagem	Diário 01-10-2018 Márcia da Silva Moreira Técnica Enfermeira COREN-RS 963 152 TF		
Carimbos e Assinatura do Enfermeiro	Diário 06-10-2018 Iris Siqueira de Oliveira Técnica Enfermeira COREN-RS 896.605 - TE COREN-RS 955 152 TF		
OBS: 	OBS: 		



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



DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 **DIH** **DN** 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO MC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS	HAS	DM2	
-----------------	-----	-----	--

IDADE	51	LEITO	201-2	DATA	01/08/2018
--------------	----	-------	-------	-------------	------------

ITEM	PREScriÇÃO	HORÁRIO
-------------	-------------------	----------------

1	DICLTA ORAL LIVRE	D-SN
2	AVP	D Manter
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS	D 10PM
7	ITENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	D-SN
9	IPASIL 10MG EV 8/8H S/N	D-SN
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	D-SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	D-SN
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	D-SN
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	D 06h
14	SSVV + COGG 8/8 H	Diafrágico
15	CURATIVO DIÁRIO	Rothau
16	CEFTAZIDIMA 2G FV 8/8HRS	D 16h
17		
18		
19		
20		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO : BEG, LOTÉ, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO :

CONDUTA :

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : NAO

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

*Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Oncologia*

SINAIS VITAIS				
8 H	PA	FC	FR	Tx
12 H	127/76	60	-	36°C
18 H	94.0 / 70	66	36.6	b
26 H	126/74	60	36.8	

Dr Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

Não realizado troca de
 lençol, pois não tem no
 setor. Administrado medi-
 camente, o paciente está
 com - teto - fally

Name: Tectorius Cipriano Costa

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Corvafec, Sistemas Programa. Os incidentes entre 01 e 2010, estes devem ser considerados anuais automaticamente.

201-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		28/06/2018	DIH	DN	26/09/1966
PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA					
AGNÓSTICO OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	51	LEITO	201-2	DATA	02/08/2018
ITEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5 N D
2	AVP				mamá
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS				15/22
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				5 N
8	PLASIL 10MG EV 6/6H S/N				5 N
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				5 N
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 6/6H SE DOR INTENSA				5 N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5 N
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 6/8 HRS S/N				5 N
13	OMIPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				06
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rolina
16	CURATIVO DIÁRIO				curativo
15	CEFTAZIDIAMA 2G EV 6/8HRS				01/12/14
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORRÉÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACANÓTICO, ANICÍLICO, AFEBRIL, FUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# SOLICITAÇÕES:					
# CONDUTA:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
SINAIS VITais					
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	137/80	69		35.9	
18 H	148/87	67	—	36.2	
24 H	149/95	64	—	36.6	
 Dr. Odilene Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia					

Vitais: 20.eta / s/p oper. 22 h p/ procedimento dia 03/08, n/ fundo

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 200-2

Name: ECOTONIO GIPPIANO COSTA

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convitea, Soluções Programas. Os pacientes com QI ou níveis leves, estes devem ser avaliados esporadicamente.

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE BOLICHTANTE
H.E.R.

2 - C.R.BS

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Ortopedia

4 - CHEE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Heitor Leporini Rosz

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/09/66

9 - SEXO

10 - NOME DA MULHER OU DO RESPONSÁVEL

11 - TEL. DE CONTAZO

12 - ENDERECO (SUA, N°, Bairro)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - IGD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SÍNTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Paciente é de 51 anos de idade
com osteomelite de Perna e Pé (D).*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

blocoamento ilíaco

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PIXINAS BIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES DE AUXÍLIO)

Hb 10,5 + Erva frouxa + Pectolite



20 - DESCRIÇÃO DO DISEGNEIRO

Osteomelite de Perna e Pé (D)

21 - DESCRICAO DO PROCEDIMENTO

22 - DESCRICAO DO PROGRAMMA BOLICHTANTE

23 - CLÍNICA

24 - ORDEM DE INSCRIÇÃO

25 - DOCUMENTO

26 - DOCUMENTO

27 - DOCUMENTO

28 - DOCUMENTO

29 - DOCUMENTO

30 - DOCUMENTO

31 - DOCUMENTO

32 - DOCUMENTO

33 - DOCUMENTO

34 - DOCUMENTO

35 - DOCUMENTO

36 - DOCUMENTO

37 - DOCUMENTO

38 - DOCUMENTO

39 - DOCUMENTO

40 - DOCUMENTO

41 - DOCUMENTO

42 - DOCUMENTO

43 - DOCUMENTO

44 - DOCUMENTO

45 - DOCUMENTO

46 - DOCUMENTO

47 - DOCUMENTO

48 - DOCUMENTO

49 - DOCUMENTO

50 - DOCUMENTO

51 - DOCUMENTO

52 - DOCUMENTO

53 - DOCUMENTO

54 - DOCUMENTO

55 - DOCUMENTO

56 - DOCUMENTO

57 - DOCUMENTO

58 - DOCUMENTO

59 - DOCUMENTO

60 - DOCUMENTO

61 - DOCUMENTO

62 - DOCUMENTO

63 - DOCUMENTO

64 - DOCUMENTO

65 - DOCUMENTO

66 - DOCUMENTO

67 - DOCUMENTO

68 - DOCUMENTO

69 - DOCUMENTO

70 - DOCUMENTO

71 - DOCUMENTO

72 - DOCUMENTO

73 - DOCUMENTO

74 - DOCUMENTO

75 - DOCUMENTO

76 - DOCUMENTO

77 - DOCUMENTO

78 - DOCUMENTO

79 - DOCUMENTO

80 - DOCUMENTO

81 - DOCUMENTO

82 - DOCUMENTO

83 - DOCUMENTO

84 - DOCUMENTO

85 - DOCUMENTO

86 - DOCUMENTO

87 - DOCUMENTO

88 - DOCUMENTO

89 - DOCUMENTO

90 - DOCUMENTO

91 - DOCUMENTO

92 - DOCUMENTO

93 - DOCUMENTO

94 - DOCUMENTO

95 - DOCUMENTO

96 - DOCUMENTO

97 - DOCUMENTO

98 - DOCUMENTO

99 - DOCUMENTO

100 - DOCUMENTO

101 - DOCUMENTO

102 - DOCUMENTO

103 - DOCUMENTO

104 - DOCUMENTO

105 - DOCUMENTO

106 - DOCUMENTO

107 - DOCUMENTO

108 - DOCUMENTO

109 - DOCUMENTO

110 - DOCUMENTO

111 - DOCUMENTO

112 - DOCUMENTO

113 - DOCUMENTO

114 - DOCUMENTO

115 - DOCUMENTO

116 - DOCUMENTO

117 - DOCUMENTO

118 - DOCUMENTO

119 - DOCUMENTO

120 - DOCUMENTO

121 - DOCUMENTO

122 - DOCUMENTO

123 - DOCUMENTO

124 - DOCUMENTO

125 - DOCUMENTO

126 - DOCUMENTO

127 - DOCUMENTO

128 - DOCUMENTO

129 - DOCUMENTO

130 - DOCUMENTO

131 - DOCUMENTO

132 - DOCUMENTO

133 - DOCUMENTO

134 - DOCUMENTO

135 - DOCUMENTO

136 - DOCUMENTO

137 - DOCUMENTO

138 - DOCUMENTO

139 - DOCUMENTO

140 - DOCUMENTO

141 - DOCUMENTO

142 - DOCUMENTO

143 - DOCUMENTO

144 - DOCUMENTO

145 - DOCUMENTO

146 - DOCUMENTO

147 - DOCUMENTO

148 - DOCUMENTO

149 - DOCUMENTO

150 - DOCUMENTO

151 - DOCUMENTO

152 - DOCUMENTO

153 - DOCUMENTO

154 - DOCUMENTO

155 - DOCUMENTO

156 - DOCUMENTO

157 - DOCUMENTO

158 - DOCUMENTO

159 - DOCUMENTO

160 - DOCUMENTO

161 - DOCUMENTO

162 - DOCUMENTO

163 - DOCUMENTO

164 - DOCUMENTO

165 - DOCUMENTO

166 - DOCUMENTO

167 - DOCUMENTO

168 - DOCUMENTO

169 - DOCUMENTO

170 - DOCUMENTO

171 - DOCUMENTO

172 - DOCUMENTO

173 - DOCUMENTO

174 - DOCUMENTO

175 - DOCUMENTO

176 - DOCUMENTO

177 - DOCUMENTO

178 - DOCUMENTO

179 - DOCUMENTO

180 - DOCUMENTO

181 - DOCUMENTO

182 - DOCUMENTO

183 - DOCUMENTO

184 - DOCUMENTO

185 - DOCUMENTO

186 - DOCUMENTO

187 - DOCUMENTO

188 - DOCUMENTO

189 - DOCUMENTO

190 - DOCUMENTO

191 - DOCUMENTO

192 - DOCUMENTO

193 - DOCUMENTO

194 - DOCUMENTO

195 - DOCUMENTO

196 - DOCUMENTO

197 - DOCUMENTO

198 - DOCUMENTO

199 - DOCUMENTO

200 - DOCUMENTO

201 - DOCUMENTO

202 - DOCUMENTO

203 - DOCUMENTO

204 - DOCUMENTO

205 - DOCUMENTO

206 - DOCUMENTO

207 - DOCUMENTO

208 - DOCUMENTO

209 - DOCUMENTO

210 - DOCUMENTO

211 - DOCUMENTO

212 - DOCUMENTO

213 - DOCUMENTO

214 - DOCUMENTO

215 - DOCUMENTO

216 - DOCUMENTO

217 - DOCUMENTO

218 - DOCUMENTO

219 - DOCUMENTO

220 - DOCUMENTO

221 - DOCUMENTO

222 - DOCUMENTO

223 - DOCUMENTO

224 - DOCUMENTO

225 - DOCUMENTO

226 - DOCUMENTO

227 - DOCUMENTO

228 - DOCUMENTO

229 - DOCUMENTO

230 - DOCUMENTO

231 - DOCUMENTO

232 - DOCUMENTO

233 - DOCUMENTO

234 - DOCUMENTO

235 - DOCUMENTO

236 - DOCUMENTO

237 - DOCUMENTO

238 - DOCUMENTO

239 - DOCUMENTO

240 - DOCUMENTO

241 - DOCUMENTO

242 - DOCUMENTO

243 - DOCUMENTO

244 - DOCUMENTO

245 - DOCUMENTO

246 - DOCUMENTO

247 - DOCUMENTO

248 - DOCUMENTO

249 - DOCUMENTO

250 - DOCUMENTO

251 - DOCUMENTO

252 - DOCUMENTO

253 - DOCUMENTO

254 - DOCUMENTO

255 - DOCUMENTO

256 - DOCUMENTO

257 - DOCUMENTO

258 - DOCUMENTO

259 - DOCUMENTO

260 - DOCUMENTO

261 - DOCUMENTO

262 - DOCUMENTO</p



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 03/08/19 O.S. _____

testes de leprosia

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: *Osteomielite do Pé (1) e Perna (1)*

INDICAÇÃO TERAPEUTICA: *Desbridamento do Pé e Perna (1)*

TIPO DE INTERVENÇÃO: *Luzes*

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: *P*

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *O mesmo*

CIRURGÃO: *Dr. Marcelo Brum* AUXILIAR: *Dr. Rogério*

2º AUXILIAR: *Dr. Fernando* INSTRUMENTADORA: *Dr. Augusto F. de P. da C.*

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: *0,1% Procaine amide*

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Pau-l em D.P.M. sob anestesia
 - (2) sobreponer a bypass
 - (3) lobosseas de longo estender
 - (4) L.M.E
 - (5) desbridamento liso cultura no Pé na (1) e 1^a (1)
 - (6) L.M.E
 - (7) liso liso
 - (8) -R.P.A
- 



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Fernando Líbioiano Costa			03/08/18

CIRURGIA

INÍCIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO
14:25	14:45	TEMPO TOTAL

abduimento Perna e Pé Direito

EQUIPE MÉDICA

MÉDICO M. Miguelo Andrade	ANESTESISTA: RES. ANESTESIA: INSTRUMENTADOR:	Ubirajara R-1. Emanuel
XILAR A. Fernando	CIRCULANTE	Reisilva Bac

O DE ANESTESIA: Pouqui

ART.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCT'S COMPRESSAS C/ 05 UNID.		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SÓRIO FISIOLOGICO 500	
<input type="checkbox"/>	PACOTES GÁZES			FRASCOS- SÓRIO RINGER LACTADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 7,0			FRASCOS- SÓRIO GLICOSADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 7,5			FIO VICRYL N°	-
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 8,0			FIO MONONYLON N°	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 8,5			FIO ALGOTRÁMICO COM AGULHA N°	
<input type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA DISTONI N° 45			FIO CATGUT SIMPLES N°	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N° Atadura 3 ec	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE N°		50ml	FIO SERIAN N° Algodão	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			SATIGEL equipo Medio	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05ML			CERA PROTOSOF Gelco 18	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05ML		50ml	FIT CATAPATA N° Cloroxidina	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML			GORETEX Exocure	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML			FITA CARDIÁCA	
			5	OUTROS: Eletrodo	

ITÉMATERIALS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
STRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Robeca Lúcioano	MATERIAL MEDICAMENTOS
		SUB-TOTAL
		TAXA DE SALA
		TAXA DE ANESTESIA
		SOMA
ENCIONARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

201-2



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



DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH ? DN 26/03/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO MC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS

Has

BM2

10ADEF

51

| FITS

DATA

03/09/2019

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: SEG. LOTF, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO:

CONDUÍA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA ; NAO

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITais				
6 H	PA	FC	FR	T
10 H	106x64	56		36°C
18 H	108x67	67	35	35, R.C
24 H				

Dr Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

10. beneficiados SSV e administrar
das medicações C.P.M.

Testando.

201-2

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PREScrição MEdICA

DIH

DN

DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE	Fernando Luyzane Costa		
DIAGNÓSTICO	Osteoartrite De Pe (D)		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	51	LEITO	DATA 103 08/11/06
ITEM		PREScriÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Muitas
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H Ciprofloxacina 500mg EV 12/12h		10/10
4	TILATIL 20MG EV 12M2H		10/06
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		Flutuante
10	SSVV + CCGG 8/6 H		S/N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		N
14	CURATIVO DIARIO		10/06
15	Cuidar mente 600mg EV 08/06hs		
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 261-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
19			
20			

Evolução médica:

Dr. Ortopedista Okemir
Médico Plantonista
Cirurgião-Dentista
Endocrinologista

PA FC

SINAIS VITAIS			
6 H	162/60	74	
12 H			
18 H			
24 H			

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

2012

DATA DE ADMISSÃO	28/06/2018	DIH		DN	26/09/1966
------------------	------------	-----	--	----	------------

PACIENTE	TEOTONIO CIPRIANO COSTA				
----------	-------------------------	--	--	--	--

AGNÓSTICO	OMC DE PÉ DIREITO + DESBRIDAMENTO				
-----------	-----------------------------------	--	--	--	--

ALERGIAS	HAS		DM2		
----------	-----	--	-----	--	--

IDADE	51	LEITO	201-2	DATA	04/08/2018
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				500
2	AVP				Máscara
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS				20 22
7	TENOXICAM 40 MG EV 21 X DIA S/N				50
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				50
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N				50
10	TRANAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				50
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				50
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				50
13	OMIPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				20 22
14	SSVW + CCCG 6/6 H				Rever
15	CURATIVO DIÁRIO				Revisão
16	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS				20 22
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE ≥ 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, AUMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOFL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr. Odilonchi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia
6H	PA	FC	FR	T°C	
12 H	120x80	72	+	36C	
18 H	130x90	66	-	36C	
24 H					

2012 06 2012 06
 PA 130x80 66 36C
 FC 65 55
 T 36,2 T 35,8



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



DN 26/03/1966

DATA DE ADMISSÃO

28/06/2018 DIH

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNOSTICO: OMIC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

51

LEITO

2063

DATA

05/08/2018

ITEM

PREScrição

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

SND

2 AVP

MUNICIPAL

4 CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

9 DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N

10 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O

14 SSW + CGGG 6/6 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16 CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LETTO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNEICO,
 NORMOCORADO, HURATADO.

#SOLICITAÇÕES:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 HGR - RR

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	Não se encontra no		Lito
18 H	141/89	63	20
24 H	AOP/TO	62	36°C

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

PA: 180/80

FC: 60

FR: 36,1°C

203-2



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



DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 **DIH** **DN** 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	61	LEITO	2018

IDADE	ITEM	PREScriÇÃO	HORÁRIO
	1	DIETIA ORAL LIVRE	D S/N
	2	AVP	D Man
	4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS	D 10
	7	TFNOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	D S/N
	5	PI ASIL 10MG EV 8/8H S/N	D S/N
	9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	D S/N
	10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	D S/N
	11	CAPTOPRII 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	D S/N
	12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	D S/N
	13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	D S/N
	14	SSV + CCGG 6/6 H	D 10/10
	15	CURATIVO DIÁRIO	D 10/10
	16	CLITTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS	D 16

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUITAS

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : NÃO

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS VITais				
6 H	PA	FC	PR	
12 H	140x90	60	80	36
18 H	151x88	66	20	36-70
24 H	140x90	60	-	36

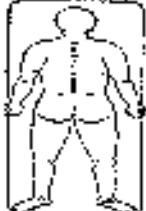
~~Dr Odidiachi Okemir~~
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

06-08-12 18:00 hs. PCde Jd. Tadeo no fute
corrida, realizada mediante sistema
30-16 e 55VU c. B. na. 51 Guadal. MATE GRANDE
CORPORATRIS 33-3441E

66-PH: 140 x 90
P: 63

Volume 2

Tectonic living fossil

Localização / Região		Localização / Região		
<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	
 		 		
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> Traumatismo - I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Química <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Venoso <input type="checkbox"/> Endovenoso <input type="checkbox"/> Infarto	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosostenose <input type="checkbox"/> Diabólicas <input type="checkbox"/> Química <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Trauma ósseo	
Tamanho da Fenda:	Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfônculo <input type="checkbox"/> Necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfônculo <input type="checkbox"/> Escara	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfônculo <input type="checkbox"/> Úmido, pouco <input type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> Molhado, abundante	
Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Paralântio <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibroso <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Fibroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Paralântio <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Fibroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Paralântio <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto	<input type="checkbox"/> a beira do leito <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Peribestonal:	<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"/> Álcool Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 4%	<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Álcool Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 4%	<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na ferida)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrolântex <input type="checkbox"/> AGE	<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina da Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrolântex <input type="checkbox"/> AGE	<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina da Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tardia	<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tardia	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tardia	
Data da Próxima troca:	10/08/2014			
Em caso de + de 24hs:	Ligar para o(a) Enfermeiro(a) ou Coordenador(a) de Enfermagem.			
Lembre-se e ass.	Obrigado(a) por informar CORPO-UR 5777-79577			
Téc. em Enfermagem	01-02-			
Carimbo e Assinatura				
do Enfermeiro				

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Preto e ContraFaz, Soluções Pragmáticas. Os procedimentos com 02 ou mais Itens, estas devem ser exemplificadas separadamente.



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



DATA DE ADMISSÃO 28/07/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNOSTICO OSTEOMIELITE DE PÉ DIREITO

ALERGIAS

IDADE 51

HAS DM2

LEITO 205-1 DATA 07/08/2018

ITEM

PREScriÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	S/N
2	AVP	MANTER
4	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS	28/08/2018
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	3/2
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	3/2
9	CIPRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E DU PAD > 120 MMHG	
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEПRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	26
14	SSVV - COGG 8/6 H	BD TINA
15	CURATIVO DIÁRIO	1/2
16	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS	26/08/2018 16
17		
18		
19		
20		

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

Evolução MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURG/A: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18946/R

Presidido pelo Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Tec. em Enfermagem
COSAN/RR 962-21

20/08/2018
1

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	120/70	82	-
18 H	104/76	59	-
24 H	140/82	68	-
06 H	132/74	57	-

NOME: Teotônio Siqueira G. Costa		Localização / Região: m. d.	
DATA: 07-08-18	<input checked="" type="checkbox"/> GRAU-I <input type="checkbox"/> GRAU-II	<input type="checkbox"/> GRAU-I <input type="checkbox"/> GRAU-II	Localização / Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Veressa cutânea <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outras:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Veressa cutânea <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outras:	
Tamanho da Fenda:	Circunferência: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Circunferência: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelos <input type="checkbox"/> tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelos <input type="checkbox"/> tecido necrótico	<input type="checkbox"/> tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelos <input type="checkbox"/> escara
Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" 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"/> Sero <input type="checkbox"/> Fibrinosa <input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> Sero sanguinolenta <input type="checkbox"/> Pútrido <input type="checkbox"/> Serossanguinolento	<input type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Fibrinosa <input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> Sero sanguinolenta <input type="checkbox"/> Pútrido <input type="checkbox"/> Serossanguinolento	<input type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Fibrinosa <input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> Pútrido <input type="checkbox"/> Serossanguinolento
Dor:	<input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> avidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem dor	<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 dor
Condição da pele Periférica:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Fruído <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Fruído <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Fruído <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza	<input 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 checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na ferida)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinosa <input type="checkbox"/> AGS	<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinosa <input type="checkbox"/> AGS
Hora de 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	07-08-18	07-08-18	
Carábro e ass. Jo. em Enfermagem	07-08-18	07-08-18	07-08-18
Carábro e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			

OBS: Documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ContraTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser avaliadas separadamente.

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO 28/07/2018 DIH _____ DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO OSTEOMIELITE DE PÉ DIREITO

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

51

LEITO

205-1

DATA

08/08/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	AVP	MANHÃ
4	CLIFFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS	16-24
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN
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	106
14	SSVW + CCGG 8/6 H	ROTINA
15	CURATIVO DIÁRIO	EM
16	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS	106-18-24-06
17		
18		
19		
20		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÍRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO,

SOLICITAÇÕES:

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
08/08/2018

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	139/78	64	36.4
18 H	141/73	69	35.6
24 H			

Dr Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

18hs pet aceitando
medicacões de horários
com SSW jeito sem queixas
segue aos cuidado da
Enf: Técnico Odinachi Okemiri
08/08/2018-07-TE

18hs pet aceitando
medicacões de horários
com SSW jeito sem queixas
segue aos cuidado da
Enf: Técnico Odinachi Okemiri
08/08/2018-07-TE



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



DATA DE ADMISSÃO	28/07/2018	DIN		DN	26/09/1966
------------------	------------	-----	--	----	------------

PACIENTE **TEOTONIO CIPRIANO COSTA**

AGNÓSTICO **OSTEOMIELITE DE PÉ DIREITO**

ALERGIAS HAS DM2

IDADE	51	LEITO	205-1	DATA	09/08/2018
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	AVP	MANTER
4	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS	08/16/2018
7	TENOXICAM 40 MG FV 01 X DIA S/N	SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN
9	DIPIRONA 1G FV DE 6/6H S/N	SN
10	TRAMAL 100MC + SF 0,9% 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	DS
14	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTA
15	CURATIVO DIÁRIO	M
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS	12/18/2018
17		
18		
19		
20		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DILATIRURGIA: NÃO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PRVISÃO

*Dr Odilson Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia*

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	150x85	68		36
18 H	159x84	72		36
24 H	120/75	90		36

*Dr Odilson Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia*

↓↓ medicado CRM e
verificado nos SSVV.

Andréia Soeckert
CORPOBRA 03899-TE

06H = PA = 132/80; FC = 60; T = 36,5;
medicações de dorário
realizadas.

*Universidade Estadual de Roraima
VERGEM JUN 19 2018*

Nome: Testemps Cidiane		Localização / Região: L15 D	Localização / Região: M T D P	
Data: 09/08		Data: 09/08		
<input type="checkbox"/> GRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I		
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - II		
Etiologia:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV diversas causas <input type="checkbox"/> Diabéticas <input type="checkbox"/> Neuropáticas <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras: <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> Inchaço <input type="checkbox"/> Comprimento _____ cm <input type="checkbox"/> Profundidade _____ cm <input type="checkbox"/> Largura _____ cm <input type="checkbox"/> Fecho de granulação <input type="checkbox"/> com aderências <input type="checkbox"/> Escaro <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara <input type="checkbox"/> Saco, minímo <input type="checkbox"/> grande, pouco <input type="checkbox"/> escaro <input type="checkbox"/> Crônico, moderado <input type="checkbox"/> crônico, abundante <input type="checkbox"/> escaro <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Fibrose <input type="checkbox"/> Sangue/ulceras <input type="checkbox"/> Fibrose <input type="checkbox"/> Sangue/ulcera <input type="checkbox"/> Perfurado <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Perfurado <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Simplificação da ferida:	<input type="checkbox"/> Fecho de granulação <input type="checkbox"/> com aderências <input type="checkbox"/> Escaro <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara			
Aparência da lesão:	<input type="checkbox"/> Fecho, malha <input type="checkbox"/> Crônico, pouco <input type="checkbox"/> escaro <input type="checkbox"/> Crônico, moderado <input type="checkbox"/> crônico, abundante <input type="checkbox"/> escaro			
Quantidade de exsudato:	<input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Fibrose <input type="checkbox"/> Sangue/ulcera <input type="checkbox"/> Fibrose <input type="checkbox"/> Sangue/ulcera <input type="checkbox"/> Perfurado <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Perfurado <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Dor:	<input type="checkbox"/> evidente na borda da cicatriz <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evitando pressão da cama <input type="checkbox"/> Sem dor			
Odo:	<input type="checkbox"/> evitando entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Pronto <input type="checkbox"/> Curas			
Condíção da pele:	<input type="checkbox"/> Boa Fisiológica 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Parafisional:	<input type="checkbox"/> Boa Fisiológica 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Solução para limpeza:	<input type="checkbox"/> Água <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> ÁGÉ <input type="checkbox"/> Outro: <u>Exfoliativa Ag</u> <input type="checkbox"/> Outro: <u>Exfoliativa Ag</u>			
Cobertura primária: (contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde			
Hora de curativo:	<u>Manhã</u>	<u>Tarde</u>	<u>Manhã</u>	<u>Tarde</u>
Data da Próxima troca:	<u>Altamente</u>			
Entrega de + de 24hs:				
Carimbo e assinatura: Téc. em Enfermagem	<u>Processa da Clínica Migras</u>	<u>02</u>	<u>124</u>	<u>02</u>
Carimbo e Assinatura: do Enfermeiro	<u>Válvula e fotografem</u>	<u>MAQD 01/08/2015</u>	<u>124</u>	<u>02</u>
OBS:	<u>085:</u>			

Obs: Atenção ao adaptar o formulário ao seu ambiente de trabalho. Os pacientes com ID com mais letres, esqueça de copiar seu endereço separadamente.



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



DATA DE ADMISSÃO : 26/07/2018 **DIH** : **DN** : 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO OSTEOMIELITE DE PE DIREITO

ALERGIAS

HAS

DM2

DN 26/09/1966

DATA 10/08/2018 **HRS** 0000 **TIME**

ITEM
ITEM
ITEM

ITEM	PREScrição	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/V/S
2	AVP	M A N I
4	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS	8/8HRS
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	8/8HRS
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	8/8HRS
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10	TRAMAL 120MG + SF 0,9% 100ML EV DE 6/8H SE DOR :INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG.	
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	8/8HRS
14	SSV/V + CCGG 6/6 H	8/8HRS
15	CURATIVO DIÁRIO	8/8HRS
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS	8/8HRS
17		
18		
19		
20		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉTICO, NORMOCORÁDIO, HIDRATADO

#SQLICITARIO

CONDUITA

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : Nenhum

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				CP	OP	DR. O DINACHI OKEMIRI
6 H	PA	FC	FR			
12 H	130/80	15	25,8			Residente De Ortopedia e
18 H	132/87	72	20	26,5		Traumatologia
24 H	130/80	67	23			

Dr. Odilnachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia



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



DATA DE ADMISSÃO 28/07/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO OSTEOMIELITE DE PÉ DIREITO

ALÉRGIAS HAS DM2

IDADE 51 LEITO 205-1 DATA 11/08/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	SP
2	AVP	manha
4	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8H IRS	26/08/2018
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAU > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	01-0
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	
14	SSVW + COGG 6/6 H	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLINDAMICINA 600MG FV 8/8HRS	26/08/2018
17		
18		
19		
20		

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

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACINÓTICO, ANICRÍTICO, AFLBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	136 / 80	63	-
18 H	152 / 84	71	-
24 H	146 / 100	98 bpm	31 bpm

Odairachil Okemiri
Presidente De Ortopedia e
Traumatologia

905-1

Ac: 84-1104000-0
T: 36,2°C

Residência em Ortopedia e Traumatologia
Residência em Cirurgia Geral
Residência em Cirurgia Geral
Residência em Cirurgia Geral



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



DN 26/03/1966

DATA DE ADMISSÃO

28/07/2018

DIH

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO OSTEOMIELITE DE PÉ DIREITO

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

51

LEITO

205-1

DATA

12/08/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE		5V 00
2	AVP		28/08/18
4	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS		28/08/18
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N		S/N
8	PLASIL 10MG EV 6/8H S/N		S/N
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N		S/N
10	TRAMAL 100MG + SF 0,3% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S/N
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O B/B HRS S/N		06
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O		Recom
14	SSVV + CCGG 6/6 H		N
15	CURATIVO DIÁRIO		N
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS		28/08/18
17			
18			
19			
20			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE OCITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES# EXAME FÍSICO: BEG, LOTF, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLIBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PRVISÃO

Dr. Odinachi Okerniri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

SINAIS VITAIS				Dr. Odinachi Okerniri Residente De Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	
12 H	122x80	64	-	36.8
18 H	120x80	70	-	36.5
24 H	128x90	71	-	36.4

06 322x85 75 - 36°C

Data 13/08/18

Hora 14:26



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



DATA DE ADMISSÃO 28/07/2016 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE: **TONIO CIPRIANO COSTA**

AGNOSTICO: **OSTEOMIELITE DE PE DIREITO**

ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	61	LEITO	<u>205-1</u>
ITEM	PRESCRIÇÃO		

1	DIETA ORAL LIVRE	S/N
2	AVP	M A.M. P.R.
4	CEPTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS	06-16-21
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	S/N
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	S/N
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	S/N
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG	S/N
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	S/N
13	OMFPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA OU 1 CP V.O	26
14	SSV + COGG 8/8 H	R.N.V.A
15	CURATIVO DIÁRIO	M
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS	12-16-21
17		
18		
19		
20		

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

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6H	PA	FC	FR	
12 H	110x70	63	—	36°C
18 H	142x85	14	—	35,8°C
24 H	115/67	79	—	37,1°C

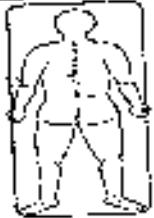
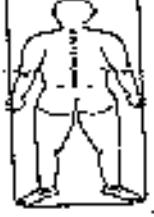
Dr Odinechi Okemirli
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

26/07/19

o/s: Paciente se
encontra durante
o planton.

17h: foi administrado etan
16: t.v.s. e d.m.
Rebeca Gomes Manoel
Fsc. de Enfermagem
COREN-RR 510.039

Ditacina da Silva Souza
Tec. em Enfermagem
COREN-RR 992.941-76

Nome:		Localização / Região		Localização / Região		
Tentonio Liguiano Roeta		DATA: 13/08/18		DATA:		
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		 		 		
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV diversas artérias e diaáfica <input type="checkbox"/> neoplasia / infecção c Trauma ósseo			<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV diversas artérias e diaáfica <input type="checkbox"/> neoplasia / infecção c Trauma ósseo		
Tamanho da Ferida:	Comprimento	cm	Largura	cm	Comprimento	cm
	Prolundade	cm		Profundidade	cm	
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação c com esfregaço <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico			<input type="checkbox"/> Tecido de granulação c com esfregaço <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		
Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> Líquido, moderado	<input checked="" type="checkbox"/> úmido, escuro	<input type="checkbox"/> macerado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, escuro	<input type="checkbox"/> úmido, escuro	
Lo da exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Pijama	<input type="checkbox"/> Fibrinoso	<input type="checkbox"/> Sanguinolento	<input type="checkbox"/> Seroso c fibrinosa <input type="checkbox"/> Purulento	<input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seroesanguíneo	
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> forte			<input type="checkbox"/> a beira do leito		
Odo:	<input type="checkbox"/> evidente na ranhura c/ coccorrula <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto			<input type="checkbox"/> a beira do leito <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada			<input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> Macerada c seca		
Perilesional:	<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Ulcera		
Solução para limpeza:	<input checked="" type="checkbox"/> Água Fisiológica 0,9% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 0,5%			<input type="checkbox"/> Clorhexidina 0,5% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 4%		
Cobertura primária (Contato direto da lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinosa	<input type="checkbox"/> Colagenase	<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata	<input type="checkbox"/> Gaze	<input type="checkbox"/> Colagenase	
	<input type="checkbox"/> AGE	<input type="checkbox"/> Outro: <i>Clorhexidina + Gaze</i>	<input type="checkbox"/> Outro: <i>Clorhexidina + Gaze</i>	<input type="checkbox"/> Fibrinosa	<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata	
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	18/08/18			01-	02-	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	Maria de Fátima N. Viana Auxiliar de Enfermagem CNPJ: 11.340.240/0001-20	Gesar Souza COSTA Tec. em Enfermagem CNPJ: 11.340.240/0001-20				
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<i>Maria de Fátima N. Viana</i> <i>Gesar Souza COSTA</i>			OBS:		
OBS:	COMENTÁRIOS <i>Curativo trocado</i>					



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



DATA DE ADMISSÃO	28/07/2018	DIH		DN	26/09/1966
-------------------------	------------	------------	--	-----------	------------

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO OSTEOMIELITE DE PE DIREITO

ALERGIAS	HAS	DM2	
-----------------	-----	-----	--

IDADE	51	LEITO	205-1	DATA	18/08/2018
--------------	----	-------	-------	-------------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
-------------	-------------------	----------------

1	DIETA ORAL LIVRE	S U.D.
---	------------------	--------

2	AVP	In ANTEC
---	-----	----------

4	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS	NTF
---	--------------------------	-----

7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	15h
---	---------------------------------	-----

8	FLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
---	-------------------------	--

9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
---	----------------------------	--

10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
----	--	--

11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
----	---	--

12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HR'S S/N	06h
----	--------------------------------------	-----

13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	10h
----	--	-----

14	SSVV + CCGG 8/8 H	16h
----	-------------------	-----

15	CURATIVO DIÁRIO	18h
----	-----------------	-----

16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS	12/13/24/06
----	------------------------------	-------------

17		
----	--	--

18		
----	--	--

19		
----	--	--

20		
----	--	--

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odijachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR		
12 H	130/70	65	35-6		
18 H	125/80	66	36-2		
24 H	100/70	64	36-2		
06	360/70	62	36°		



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

HGT

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO OMC PE D

ALERGIAS

IDADE:

HAS

DM2

ITEM

LEITO

205-1

DATA

16/08/2018

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	S/NO
2	AVP	MANH
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H	14/08/2018
4	TEMOKICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	14/08/2018
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS	14/08/2018
6	TRAMAL 150MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	14/08/2018
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	14/08/2018
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E QU PAD > 110 MMHG	14/08/2018
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)	14/08/2018
11	CURATIVO DIÁRIO	M
12	SSVV + CCGG 8/8 H	14/08/2018
13	CEFTAZIDIMA 2G 8/8HR EV	14/08/2018
14	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8 HR	14/08/2018
15		14/08/2018
16		14/08/2018
17		14/08/2018
18		14/08/2018
19		14/08/2018
20	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 QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	14/08/2018

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTÉ, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORÁDO, HIDRATADO.

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

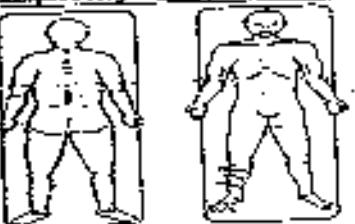
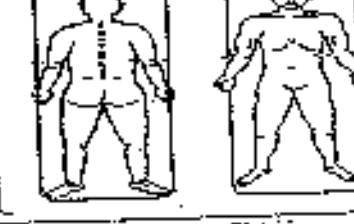
#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINT/SA	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H	134x83	30		36,1
24 H	140x70	56		36,1

Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Nome: Teotonio Liprônio Costa

Localização / Região		Localização / Região	
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU-I	<input type="checkbox"/> GRAU-II	<input checked="" type="checkbox"/> GRAU-I	<input type="checkbox"/> GRAU-II
			
DATA: 17/08/18		DATA:	
<input checked="" type="checkbox"/> Etiologia c) Pressão I - II - III - IV c) Venosa c) arterial n Diabética c) europeia c) cirúrgica c) trauma crônica		c) Pressão I - II - III - IV c) Venosa c) Arterial c) Diabética c) cirúrgica c) trauma crônica	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Anatomia do Leito: a) Tecido de granulação c) com exsudato a) Tecido necrótico		a) Tecido de granulação c) com exsudato a) Tecido necrótico a) seco, mínimo c) úmido, pouco a) úmido, moderado c) molhado, abundante	
Quantidade de Exsudato: a) Seroso c) Fibrinoso c) Sanguinolento a) Purulento c) Serossanguíneo		a) Seroso c) Fibrinoso c) Sanguinolento a) Purulento c) Serossanguíneo a) Sim c) Não	
Dor: a) evidente na remoção da cobertura c) à beira do leito a) evidente ao entrar no quarto c) Sem dor		a) evidente na remoção da cobertura c) à beira do leito a) evidente ao entrar no quarto c) Sem dor a) Normal c) Macerada c) seca c) Eritema / Rubor a) Pronto c) Outras	
Condição da pele Periférica: a) Sobeção para limpeza		a) Sobeção para limpeza 0,9% c) Cloredina 1% a) Clorexidina 4% c) Outro:	
Cobertura primária (contato direto na lesão): a) Gaze a) Flúorase a) AGE		a) Gaze c) Colagenase a) Flúorase c) Sulfadiazina de Prata a) AGE c) Outro:	
Hora do curativo: Data da Próxima troca: a) caso de + de 24hs		a) Manhã c) Tarde a) Dia 10	
Cuidado e ass. Téc em Enfermagem		01- <i>Berenice</i>	02- <i>Rosalia</i>
Cuidado e Ass. Ass. de Enfermagem			
OBS:		OBS:	

Nome: Teófilo Cipriano Costa		Data: 205-1	
DATA: 10/08/18	Localização / Região: M - D	DATA:	Localização / Região:
<input type="checkbox"/> GRAU-I		<input type="checkbox"/> GRAU-I	
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU-II		<input type="checkbox"/> GRAU-II	
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosas <input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma ocular	<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 ocular		
Tamanho da Fenda: Comprimento: cm Largura: cm	Comprimento: cm Largura: cm		
Aparência do Leito: Profundidade: cm	Profundidade: cm		
Indicante de Escorvado: <input type="checkbox"/> Tecto de granulação <input type="checkbox"/> com escorvado <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> Tecto de granulação <input type="checkbox"/> com escorvado <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipos de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sangüíneo <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sangüíneo <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <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		
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Outras		
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outros		
Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE		
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tarde		
Hora do curativo: Data da Próxima troca: <input type="checkbox"/> dia 24hs	01- <input type="checkbox"/> Posicionado <input type="checkbox"/> Ligadura 02-		
Velho e novo: <input type="checkbox"/> em Enfermagem			
Conselho e Assinatura do Enfermeiro:			
OBS:	OBS:		

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



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

PREScriÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA			
AGNÓSTICO	OMC PE D		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	205-1	DATA 19/08/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP		
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H		
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N		
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS		
6	TRAMAL 192MG + SF 0.0% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
11	CURATIVO DIÁRIO		
12	SSVV + COGG 6/6 H		
13	CEFAZIDIMA 2G 8/8HR EV		
14	CLONDAMICINA 800MG EV 6/6 HR		
15			
16			
17			
18			
19			
20	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:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 AUMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICLÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITAÇÕES:

Dr. Fernando
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

# PREVISÃO DE ALTA		SEM PREVISÃO			RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
SINAIS V.	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	✓				
12 H	115 x 79	62	-	36.5	
18 H	106 x 69	68	-	36.5	
24 H	130 x 70	70	-	36.5	

Nome: <i>Tedimini Lívia Maria Ferreira</i>		Localização / Região: <i>M.T.D</i>		Localização / Região:		
DATA: 19-08-18 Grau - 3 X □ GRAU - II		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV □ Venosa □ Arterial □ Diabética aneuropática □ cirúrgica □ Trauma crônica		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV □ Venosa □ Arterial □ Diabética aneuropática □ cirúrgica □ Trauma crônica		
Etiologia						
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 □ com estafele <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico				<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação □ com estafele <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico □ Escara	
Qu. Idade de Exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input checked="" type="checkbox"/> molhado, abundante				<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input checked="" type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibroso <input type="checkbox"/> Sangüinolento <input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo				<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibroso <input type="checkbox"/> Sangüinolento <input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Bor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odo:	<input checked="" type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input checked="" type="checkbox"/> a beira do leito <input checked="" type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odo				<input checked="" type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input checked="" type="checkbox"/> a beira do leito <input checked="" type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odo	
Condição da pele Periférica:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Erizma / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Outras				<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Erizma / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____				<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto com lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input checked="" type="checkbox"/> fibrinase <input type="checkbox"/> sulfadiazina de Prata <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora de curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde				<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
1. Na Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<i>dia 05</i>					
C. Vbo e vst. Téc. em Enfermagem	01-	02-	01-	02-		
Carámbio e Assinatura do Enfermeiro	<input checked="" type="checkbox"/> Técnico Enfermeiro <input checked="" type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermagem <input checked="" type="checkbox"/> Técn. Enfermeiro <input type="checkbox"/> COREN-RR 453.684					
OBS:	COREN-RR n.º 100		OBS:		ÁREA DE SINISTROS / DIFÍCIL CONTROLE OU NÃO VERIFICADO <i>05 JUN 2010</i> ÓRGÃO SEGURODADE/A <i>P. C. 2010-06-05-00-2010-00</i>	



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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA				
AGNÓSTICO OMC PE D				
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	205-1	DATA	10/08/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO:			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5V.D.
2	AVP			M A M A T E R
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H			Lg: 28/29'06'
4	TENOXICAM 40 MG EV D1 X DIA S/N			S/N
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS			Lg: 28/29'06'
6	TRAMAL 100MG - 6F 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			7
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			7 5V
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			8
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			10
11	CURATIVO DIÁRIO			11
12	SSVV + CCGG 6/6 H			12 07/19A
13	CEFTAZIDIMA 2G 8/8HR FV			13 20'06'
14	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6 HR			14 20'06'
15				
16				
17				
18				
19				
20	<u>SE DIABÉTICO</u> , 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:

ÁREA DE SINISTROS - DP/MS
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

#ENCONTRO PACIENTE DITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

05 JUN 2019

#EXAME FÍSICO: BFG, LO1L, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO:

GEOTE SEGURADORA S.A.
 Centro Médico H. Dr. Vila...

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	PREVISÃO DE ALTA	
					SEN	PREVISÃO
6 H	160/110	60	-	36,6		
12 H	150x100	60	20	36~		
18 H	154x80	66	-	35,8°C		
24 H	170x90	63	-	36°C		

Assinatura: Dr. Ademir da Cunha
 Ortopedia e Traumatologia

Nº

~~SECRETARIA~~

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RELEGAÇÃO DE SAUDE
CONTENDO NO TERCER CANDO

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

05 JUN 2019

GENTE SEGURADORA DA
CIA. DE SEGUROS - PÁTIO - RJ

ANOS,

PACIENTE Felipe Lígiaan Costa

ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 06/06/18 COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de joelho esquerdo 1º grau

NO DIA 09/06/18 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Desostelet e fixo SENDO

REALIZADO PELO DR. Vito Parent E DR. Henrique Araújo

DESAFEGO DE ALTA HOSPITALAR NO DIA 11/06/18, AS 12:00 EM
ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

ONEL MOTTA NO DIA 06/07/18, AS 17:00h COM O
Dr. Pablo

INSTRUÇÕES GERAIS:

NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES

COM AS MEDICAÇÕES PRESCRITAS PELO MÉDICO.

NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.

QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE

NO FERIADO RETORNO AMBULATORIAL.

ENDEZEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

INSTRUÇÕES DE ALTA HOSPITALAR SOB responsabilidade do Dr.

Dr. Henrique Aguiar
05/06/2019

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO USFIR	63964
NOME	TETÔNIO CIPRIANO COSTA
DATA DE EXPEDIÇÃO	24/04/2017
DATA DE NASCIMENTO	26/09/1966
FUNÇÃO	ANTONIO COSTA
MATERIAIS	MARLENE CIPRIANO
BOA VISTA - RR	DOC. ORIGEM
CETD MASC 6144 FLS 86-V LTV A-09	UFF
1 OF BOA VISTA-RR	662.966.442-53
2 VIA	ANADEBLO ROCADA, TIRIANE
Assinatura do Titular	
Carteira de identidade	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83	
P 1	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. JOÃO CRUZ



Polegar Direito



Tetônio Cipriano Costa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

DENILZE CORREA DANTAS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	NOME DENILZE CORREA DANTAS		
		DOC. IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR / UF 3142655 SSP RR	
		CPF 792.657.152-00	DATA NASCIMENTO 08/03/1979
		FILIAÇÃO JOSE DE SOUZA CORREA	
		EVANGELINA LOBATO DA SILVA	
		PERMISSÃO [REDACTED]	ACC [REDACTED]
		CAT.HAB. B	
Nº REGISTRO 04953412311		VALIDADE 20/08/2019	1ª HABILITAÇÃO 31/05/2010
OBSERVAÇÕES [Large empty box]			
<i>Denilze Correa Santos</i> ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA		DATA DE EMISSÃO 25/08/2014	
 Denilze Santos Diretora - Presidente DETRAN RR ASSINATURA DO EMISSOR			
DETTRAN-RR (RORAIMA)			

PROIBIDO PLASTIFICAR

905314502





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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cipó do Jipe Boa Vista, 144 - Boa Vista - RR
Nº: 013812/2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/05/2019 11:26 Data/Hora Fim: 07/05/2019 11:50
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 07/05/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 28/08/2018 01:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Caimbé

Logradouro: Rua Leoncio Barbosa

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: TEOTONIO CIPRIANO COSTA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Pacaraima Sexo: Masculino Nasc: 26/09/1966
Profissão: Agricultor
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Marlene Cipriano

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 662.986.442-53

RG - Carteira de Identidade: 63964

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Manoel Sabino dos Santos

Nº: 746

Bairro: Caranã

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado, compareceu a esta especializada para informar que na data, local e hora supracitados, conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR 150, PLACA NAQ 7365, CHASSI 9C2KD0550DR358175, de propriedade da ASSOCIAÇÃO D. P. IND. TER.D.S MARCOS, quando na ocasião, um veículo (carro) de PLACA e CONDUTOR não identificados, veio a colidir na lateral direita do veículo conduzido pelo comunicante vindo o mesmo a cair. Informa ainda que em decorrência da queda houve fratura no tornozelo direito, bem como escoriações pelo corpo, sendo conduzido ao HGR pelo SAMU para atendimento médico e que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013812/2019

ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento

DAT

07 MAIO 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

MAT. 42000372

Teotonio Cipriano Costa
(Vítima / Comunicante)

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



CONFERIDO O DAT
DATA: 15/08/2019
ASSINATURA
Jefferson Inácio Araújo
Agente de Policia Civil
042000908

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

662.986.442-53 Teotônio Cipriano Costa

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

Nome completo:

Teotônio Cipriano Costa

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Manoel Sabino Costa

Bairro:

Barroso

Cidade:

Vila Vista

Estado:

PR

E-mail:

lidorbarroso.vendendo@hotmail.com

CPF:

662.986.442-53

Número:

746

Complemento:

CEP:

69.313-598

Tel.(DDD):

(65) 99117-5393

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 4263 CONTA: 31.123 DIGITO: 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ DIGITO: _____

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso devidamente devidos, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

05 JUN 2019

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

GENTE SEGURADORA S/A

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: Pará Vista, 06.05.19
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Teotônio Cipriano Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

05 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Nº: 013812/2019-A01

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/05/2019 09:54 Data/Hora Fim: 23/05/2019 09:55
 Origem: Pessoa Física - Particular Data: 07/05/2019
 Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
 Data/Hora do Fato: 28/06/2018 01:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
 Logradouro: Rua Leoncio Barbosa

Bairro: Caimbé

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: TEOTONIO CIPRIANO COSTA (COMUNICANTE , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Pacaraima Sexo: Masculino Nasc: 26/09/1966
 Profissão: Agricultor
 Estado Civil: União Estável
 Nome da Mãe: Marlene Cipriano

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 662.986.442-53
 RG - Carteira de Identidade: 63964

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: Rua Manoel Sabino dos Santos Nº: 746
 Bairro: Caranã

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado, compareceu a esta especializada para informar que na data, local e hora supracitados, conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR 150, PLACA NAQ 7365, CHASSI 9C2KD0550DR358175, de propriedade da ASSOCIAÇÃO D. P. IND. TER.D.S MARCOS, quando na ocasião, um veículo (carro) de PLACA e CONDUTOR não identificados, veio a colidir na lateral direita do veículo conduzido pelo comunicante vindo o mesmo a cair. Informa ainda que em decorrência da queda houve fratura no tornozelo direito, bem como escoriações pelo corpo, sendo conduzido ao HGR pelo SAMU para atendimento médico e que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013812/2019-A01

ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento

Teotonio Cipriano Costa
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) o(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Simulação, 340-Cauçiosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT
23 MAIO 2019
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR
MAT. 42000372

