

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)
<div>Realces</div> <div>Realçar Movimentos de: <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</div> <div>Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</div>					
<div>Filtros</div> <div>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</div> <div>Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/></div> <div>Descrição: <input type="text"/></div>					
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	2653423IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJUR01.pdf	Público
	31.2	Arquivo: GUIA DE DEPOSITO	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2653423IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.pdf	Público
	30	23/12/2019 00:01:38	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
	29	12/12/2019 14:12:00	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
	28	11/12/2019 12:45:22	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
	27	11/12/2019 12:45:22	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
	25	23/11/2019 00:06:08	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
	23	30/10/2019 00:05:27	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
	21	28/10/2019 00:03:22	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
	19	21/10/2019 00:02:39	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
	18	19/10/2019 00:06:54	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 3ª 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 físico: APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA COM RETRAÇÃO EM TORNOZELO DIREITO E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PLANTIFLEXÃO E DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO 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 TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/09/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO TORNOZELO 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) Nexô 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 trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

HGR

União
Livre
05-03-18
Brega

Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
TEOTONIO CIPRIANO COSTA		28/09/1985		51 A 9 M 2 D		896002747218777		66298644263			
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE 63984		SESP		09/09/2011		M		SOLTEIRO/APARDA		BOA VISTA - RR	
Mãe		Pai		Conjuge		Ocupação					
MARLENE CIPRIANO		ANTÔNIO COSTA		(95) 99162-4482							
Endereço											
AVENIDA - BRASIL - 000 - CENTRO - PACARAIMA - RR											

Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Válidade		Autorização		Sis. Presetel	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Precedência		Tema		Peso	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Sessão		Tipo de Chegada		Precedência Sol.				Registrado por:			
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA						JACKSON.SADOVSKI			
Queixa Principal											

Anamnese da Enfermagem		GSC		TOTAL	
		AD: 1234 RV: 12345 MR: 123455		15	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) _____ h)		ÁREA DE SISTEMAS DE ATENDIMENTO	
Sintoma de dor no abdômen, com presença de traumas em região abdominal.		CONTATO VERIFICADO	
Exame Físico		05 JUN 2019	
Hipótese Diagnóstica		GENTE SEGURADORA S/A	

SADY - Exames Complementares		GENTE SEGURADORA S/A	
<input checked="" type="checkbox"/> RAYO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECB <input type="checkbox"/> OUTROS:			

PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Admissão 280 ml					
Admissão 400 ml					
Diagnóstico					
AO C.C.					

Condição		Ambulatório	
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Ata:	

Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IMC - Unidade Psiquiátrica	
--	--	---	--

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impressa por: Jackson.Sadovski
Data Hora: 06/06/2016 01:03:05

Impressa por: Jackson.Sadovski
Data Hora: 06/06/2016 01:03:05

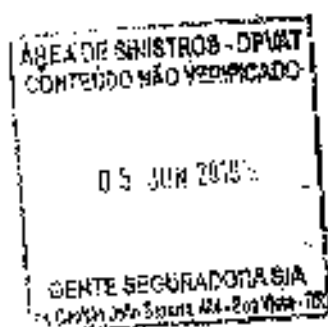


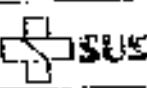
Antepedido Dr. Vitor Parreira

raim ebulens e plem (2) e licor de mofa + C.R.A.O.
STADM de TN 2 (2) e lesão de partes moles.

S. C. C.

Dr. Marcos Aguiar
Médico Especialista em
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 1945





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - DATA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXISTENTE

4 - DATA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

167283

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

8 9 8 1 0 1 0 2 7 4 7 2 4 8 7 7 7

26/09/66

M

10 - NOME DO LUGAR DE RESIDÊNCIA

11 - TIPO DE DESEDO

Marlene Cipriano

12 - ENDEREÇO DA RUA, Nº, BAIRRO

Av. Brasil

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Pacaraima

14 - CID DO BEM-ESTAR

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS

Tremor contínuo do membro superior

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03/04/2014

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Emergência

COMPANHIA SEGURADORA S/A
Rua ... nº ... - ... - RR

19 - ALGUNS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico OK

20 - INDICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO

Síndrome de parkinsonismo + tremor do membro superior

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESTINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Urg - Desbridamento e refixação da cápsula

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL (CONSELHO)

Dr. Vitor Pereira

20/09/18

DR. VITOR PEREIRA
CRM 123456
R. 123456

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - UNIDADE SEGURADORA

35 - Nº DO SINISTRO

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRÁFICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAS DA EMPRESA

40 - CBO

41 - ACIDENTE DE TRÁFICO INATIVO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - PREVIDÊNCIA

44 - PREVIDÊNCIA

45 - PREVIDÊNCIA

46 - PREVIDÊNCIA

47 - NÃO SELECIONAR

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - LUGAR DO ASSINADOR

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - CLÍNICA

53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

54 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL (CONSELHO)

20/09/18

55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0415040035
R02



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Teotônio Epifânio Costa

DATA: 18

O.S.:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Lesão extensa de partes moles

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Debridamento + LCL + roto

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. Vitor Perceval

1º AUXILIAR: Dr. Leonardo R3

2º AUXILIAR: Dr. Marcos R1

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em BDA sob plano orientado

2) Anestesia + Antiespasmódico

3) LCL anestesiado c/ 50 mg de LCL

4) Debridamento da ferida com retirada de tecido necrosado

5) Sutura de pele

6) Soro

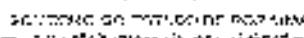
7) RPA

Não foram observadas lesões tendíneas

Boa perfusão distal pós procedimento

Vitor Perceval Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610

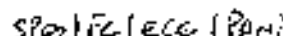
Dr. Leonardo R3
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610



FICHA DE ANESTESIA

PPA-01E107050-1P024-2CSE-MCR3-ETCO

28/06/75



Ad. 32

NOME		DOES	TOMCA	ANTIGUERA
1. Bufo virgatus	Long	Agalychnis saltator		1. Hemiphaedusa + Chel. apus
2. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		2. Agalychnis saltator
3. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		3. Agalychnis saltator
4. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		4. Agalychnis saltator
5. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		5. Agalychnis saltator
6. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		6. Agalychnis saltator
7. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		7. Agalychnis saltator
8. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		8. Agalychnis saltator
9. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		9. Agalychnis saltator
10. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		10. Agalychnis saltator
11. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		11. Agalychnis saltator
12. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		12. Agalychnis saltator
13. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		13. Agalychnis saltator
14. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		14. Agalychnis saltator
15. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		15. Agalychnis saltator
16. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		16. Agalychnis saltator
17. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		17. Agalychnis saltator
18. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		18. Agalychnis saltator
19. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		19. Agalychnis saltator
20. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		20. Agalychnis saltator
21. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		21. Agalychnis saltator
22. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		22. Agalychnis saltator
23. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		23. Agalychnis saltator
24. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		24. Agalychnis saltator
25. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		25. Agalychnis saltator
26. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		26. Agalychnis saltator
27. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		27. Agalychnis saltator
28. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		28. Agalychnis saltator
29. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		29. Agalychnis saltator
30. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		30. Agalychnis saltator
31. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		31. Agalychnis saltator
32. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		32. Agalychnis saltator
33. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		33. Agalychnis saltator
34. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		34. Agalychnis saltator
35. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		35. Agalychnis saltator
36. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		36. Agalychnis saltator
37. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		37. Agalychnis saltator
38. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		38. Agalychnis saltator
39. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		39. Agalychnis saltator
40. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		40. Agalychnis saltator
41. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		41. Agalychnis saltator
42. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		42. Agalychnis saltator
43. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		43. Agalychnis saltator
44. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		44. Agalychnis saltator
45. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		45. Agalychnis saltator
46. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		46. Agalychnis saltator
47. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		47. Agalychnis saltator
48. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		48. Agalychnis saltator
49. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		49. Agalychnis saltator
50. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		50. Agalychnis saltator
51. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		51. Agalychnis saltator
52. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		52. Agalychnis saltator
53. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		53. Agalychnis saltator
54. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		54. Agalychnis saltator
55. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		55. Agalychnis saltator
56. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		56. Agalychnis saltator
57. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		57. Agalychnis saltator
58. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		58. Agalychnis saltator
59. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		59. Agalychnis saltator
60. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		60. Agalychnis saltator
61. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		61. Agalychnis saltator
62. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		62. Agalychnis saltator
63. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		63. Agalychnis saltator
64. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		64. Agalychnis saltator
65. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		65. Agalychnis saltator
66. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		66. Agalychnis saltator
67. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		67. Agalychnis saltator
68. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		68. Agalychnis saltator
69. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		69. Agalychnis saltator
70. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		70. Agalychnis saltator
71. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		71. Agalychnis saltator
72. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		72. Agalychnis saltator
73. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		73. Agalychnis saltator
74. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		74. Agalychnis saltator
75. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		75. Agalychnis saltator
76. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		76. Agalychnis saltator
77. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		77. Agalychnis saltator
78. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		78. Agalychnis saltator
79. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		79. Agalychnis saltator
80. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		80. Agalychnis saltator
81. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		81. Agalychnis saltator
82. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		82. Agalychnis saltator
83. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		83. Agalychnis saltator
84. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		84. Agalychnis saltator
85. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		85. Agalychnis saltator
86. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		86. Agalychnis saltator
87. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		87. Agalychnis saltator
88. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		88. Agalychnis saltator
89. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		89. Agalychnis saltator
90. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		90. Agalychnis saltator
91. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		91. Agalychnis saltator
92. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		92. Agalychnis saltator
93. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		93. Agalychnis saltator
94. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		94. Agalychnis saltator
95. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		95. Agalychnis saltator
96. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		96. Agalychnis saltator
97. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		97. Agalychnis saltator
98. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		98. Agalychnis saltator
99. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		99. Agalychnis saltator
100. Agalychnis	Long	Agalychnis saltator		100. Agalychnis saltator

Dr. E. J. ...
Nonstop ...
... 11/11/1961



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		Idade	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Teotônio Aguiar Costa		54 anos			28/10/19
TIPO			CIRURGIA		
Sutura de partes moles para			TEMPO DE DURAÇÃO		
			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
			05:05	06:01	
CIRURGIÃO			EQUIPE MÉDICA		
Dr. Vitor Paracate			ANESTESISTA:		
Dr. Marcos			RES. ANESTESIA:		
			INSTRUMENTADOR		
CIRCUANTE			CIRCUANTE		
			Sobrinho Ana Carolina / Sílvia / Claudenir		
TEMPO DE ANESTESIA: R. 04h			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
7	PCIS COMPRIMIDAS C/03 UNID.		10	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLUCOSADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL®	
	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO MONONYLON® 2.0	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI®			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			2.0 SEDIL Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICAL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
	Blindagem			OUTROS:	
	coletor O2				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			VALOR		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Aline	SUB- TOTAL		
ACIONÁRIOS/CAIXA/OS		CIRCUANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



SAB - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SABA

NOME: Deborah Cipriano Costa

DATA DE RECEPÇÃO: 28/06/2018

HORA: 04:30

DIAGNÓSTICO: 04:30

INTERFERÊNCIA: 04:30

DESCRIÇÃO: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

TRANSFERÊNCIA

Entrada no Sala Cirurgia

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

04:30 05:00 04:56 06:01 06:05

UNIDADE/SECTOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE:

Feltonio Cipriano Costa

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA / HORA:

PRESCRIÇÃO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

HORARIO:

DESERVAÇÕES:

15

20.15

1) Dado em boa

Suado

1200

2) Aus

Amarelo

1200

3) Colostro de 6/6h

1200

1200

4) Amarelo de 6/6h

1200

1200

5) Amarelo de 6/6h

1200

1200

6) Amarelo de 12/24h

1200

1200

7) Amarelo de 6/6h

1200

1200

8) Amarelo de 8/8h

1200

1200

9) Amarelo de 8/8h

1200

1200

10) Amarelo

1200

1200

11) Amarelo de 8/8h

1200

1200

12) Amarelo de 8/8h

1200

1200

13) Amarelo de 8/8h

1200

1200

14) Amarelo de 8/8h

1200

1200

15) Amarelo de 8/8h

1200

1200

16) Amarelo de 8/8h

1200

1200

17) Amarelo de 8/8h

1200

1200

18) Amarelo de 8/8h

1200

1200

19) Amarelo de 8/8h

1200

1200

20) Amarelo de 8/8h

1200

1200

21) Amarelo de 8/8h

1200

1200

2-15

404
6

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DII		DN			
PACIENTE: <i>João Carlos Cipriano Costa</i> AGNÓSTICO: <i>ferimento aberto no pé</i> ALERGIAS: <i>NENHUMA</i> IDADE: <i>45</i> ANOS LEITO: <i>115</i> DATA: <i>29/06/19</i>							
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						5 N
2	SF 0.9% 500ML EV 1X/DIA						12-18-24-36
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA						12-18-24-36
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHÃ						5 N
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N						5 N
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H						12-18-24-36
9	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 6/6H SE DOR INTENSA						12-18-24-36
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						5 N
11	SSVV + CCGG 8/8 H						5 N
12	CURATIVO DIÁRIO						5 N
13	<i>gentamicina 240mg EV 1x cada 8h</i>						12-18-24-36
14	<i>clindamicina 600mg EV 6/6h</i>						12-18-24-36
15	<i>clonazepam 40mg VO 1x cada 8h</i>						12-18-24-36
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 D/LML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

06:00
P.A. 120x80
F.C. 72
T: 36.5°

VOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE.
 # EXAME FÍSICO: *SEM* AGNÓTICO, ANICTÉRICOS, AFEFÉL, FUPNEICO, NDEMOCORADO, HIDRATADO.
aberto com ferimento aberto
 # SÓCICITADO: *ferimento aberto*
 # CONDLTA: *MANUTENÇÃO*
 # PROGRAMACÃO DE CIRURGIA: *MANUTENÇÃO*

SINAIS VITAIS		SEM PREVISÃO	
6 H	PA	FC	FR
12 H	122x7	68 bpm	21
18 H	120x7	70	21
24 H	120x7	70	21

18:00
PA 103x71
FC 69
FR 19
TE 36°C

Defas do ferimento aberto com ferimento aberto no pé
capela presente em manuseio

Dr. C. Cipriano Costa
Médico
CRM-RR 1990

154

Bloco F 1(15)



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Frautoz C. P. de Azevedo</i>					
AGNOSTIC <i>404-6</i>					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	LEITO	DATA	<i>30/06/13</i>		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	<i>10.91. Pac. em (ev) 6/6 dias</i>				<i>18.24.06.12</i>
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>18.24.06.12</i>
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 8/8H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SFD, 0% 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				<i>06</i>
14	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>notas</i>
15	CURATIVO DIÁRIO				<i>curativo</i>
16	<i>1. perf. 1. ml. 240 mg (EL) 1. ml. de</i>				<i>18.24.06.12</i>
17	<i>1. perf. de 1. ml. 1. ml. (ED) 6/6 dias</i>				<i>18.24.06.12</i>
18	<i>1. perf. 40 mg (ST) 1. ml. de 1. ml.</i>				<i>18</i>
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

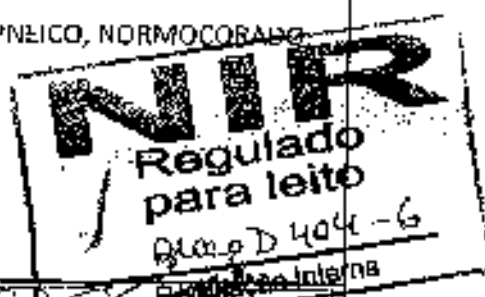
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	101/64	63		36,3°C
18 H	141/75	67	20	36,8°C
24 H	140/73	58	21	36,7°C

06:00 → PA: 115 x 63

P: 68

T: 36,2°C

30/06/13

15:00 PA: 141 x 81

P: 67

T: 36,6°C

Ortel Outado
Técnico de Enfermagem
CRM-RR 407.407.75

☐ Manhã ☐ Tarde



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

AGNÓSTICA: LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA

ALERGIAS: HAS DM2
 IDADE: 51 LEITO: 404-6 DATA: 01/07/2018

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1: DIETA ORAL LIVRE

2: AYP

4: CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS

7: TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

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

9: DAPIRONA 1G EV DE 8/8H 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: SSVV + CCGG 6/6 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; 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 ALTURAÇÕES

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
 CRM: 18514/R

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	130 X 83	68	-
18 H	133 X 77	76	-
24 H	123 X 73	70	35

06/07/2018 - 12h - 130 X 83 - 68 - 35
 19/07/2018 - 12h - 133 X 77 - 76 - 35
 06/07/2018 - 12h - 123 X 73 - 70 - 35

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 18514/R

404.6

17: 12h
 Paciente em
 estado de
 sono profundo
 Referencia: 18/06/2018
 Co. 18/06/2018

Assinado por: Dr. Odinachi Okemiri
 Traumatologia



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



4046

DATA DE ADMISSÃO 28/06/2013 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNOSTICADA LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 51 LEITO 404-6 DATA 02/07/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 AVP

4 CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS

7 TENOXICAM 40 MG EV 8/8 X DIA S/N

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

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

10 TRAMAL 100MG + SED. 8% 100ML EV DE 8/8H SED. DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OUPAD > 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

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; 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:

CONDIÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140/60	67	20mpm	35,7°C
18 H	150/75	70	20 - 1 -	36,6°C
24 H	130/60	80	20	38°C

Dr. Odinechi Okemiri
Medicina Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 185174

Dr. Odinechi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

47h às 13h
Administrado medicamentos conforme
prescrição, aferido sinais vitais;
tec. Saab
COREN 907564

13 às 19hs - Realizado troca
A.V.P em membro superior Direita
com Jelco 20, Adm. Med. de horcu
rio, aferido SSVV, segue com en
dados da enfermagem

19 às 21:00hs: Aferido todos os
dados vitais e enfermagem
06:00 - PA: 130/60
FC: 82
FE: 20

Ass. Zaira Fortes da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN RR 472



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: LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITO									
ALERGIAS: HAS DM2									
IDADE		51		LEITO		404-6		DATA	
								03/07/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO								HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE								24x7
2	AVP								
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS								18 2/2
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								18 24x30
10	TRAMAL 100MG + SFD 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 HRS S/N								
13	OMEPRAZOL 40MG LV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O								06
14	SSVV + CCGG 8/8 H								
15	CURATIVO DIÁRIO								
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS								18 24x06
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, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x76	64	18	36,4
18 H	130x60	70	-	36,4
24 H	110x60	66	20	37,2

Dr. Odinachi Okeniri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

17:30hs Realizado Medicacao
 do tornozelo com SSVV. Ngu
 bs curativos.

Suzana Maria M. do Nascimento
 LEAC-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 COREN-RR 067713 - TE

06:00 PA: 120x70
 FC: 18
 PR: 63

Dr. Odinachi Okeniri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 135178-R



404-6

PEDIDO DE PARECER

Título
UNIDADE:

NOME:

IDADE:

SEXO:

E:

E:

Exatidão Clínica:

Ortopedia
 Paciente Sr. do S. de rel. de
 Aguardando prótese de
 por tempo excessivo. Sentes dores na
 por dores na

PARA:

Ortopedista

03/07/18

Data

Dr. Osmani Okemir
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 186784

Médico

Risco Cirúrgico Cardiopulmonar

Emergência: Paciente com dores na

HP: Paciente com dor no peito, na região da

CG: Anormal, sem sinais de isquemia. em anamnese. complicações

KT: Análise cardíaca normal

OB: Hemoglobina 10, Hto 34, Plaquetas 150.000

D. Exame: supintado

CV: RCR, 78, BDF

A = 110 x 63 mmHg

C = 67 bpm

E = MVA, sem PA

FAT: Não tolera (MTT)

OBS: Observado vários
 medidos de PA com leve
 aumento. Observar na
 alta encaminhado p/
 cardiologia-ambulatório
 HAS?

03/07/18

Assinatura

cd. Dr. I

Cuidados gerais

acompanhar Hto e Hto p/ cirurgia.

Dr. Osmani Okemir
 CRM: 186784

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 CIPRIANO COSTA			
AGNÓSTICO	LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA			
ALERGIAS	HAS DM2			
IDADE	51	LEITO	404-6	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			Bom dia
2	AVP			
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS			10/22
7	TENOXICAM 40 MG EV 21 X DIA S/N			
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			12/24
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N			
10	PRAMAL 100MG + SI-0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			12/24
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
12	3 ML TICONA 40 GOTAS V.O. 3/3 HRS S/N			12/24
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O			
14	SSVV + OCGG 8/8 H			12/24
15	CURATIVO DIÁRIO			
16	CLINDAMICINA 300MG EV 6/6HRS			12/24
17				
18				12/24
19				
20				12/24
	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:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, AFEFRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

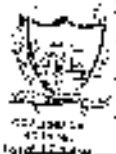
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAQ

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

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

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 185174-6

07:13 h. Pac no leito, administração de medicação e aferido SSVV:
07:00 Paciente queixando-se de dor - administração de analgésico
09:00 Segue com cuidados de enfermagem, aux. Arce
06:11 PA=129x80 PR=65 T=35,2



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



41046

DATA DE ADMISSÃO: 28/06/2018 DH: 26/07/1966

PACIENTE: **TEOTONIO CIPRIANO COSTA**

AGNÓSTICO: **LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA**

ALERGIAS:

IDADE: 51 HAS: DM2
 LEITO: 404-6 DATA: 05/07/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS	
7	TENOXICAM 40 MG EV 8/8 X DIA S/N	
8	PLASII 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SCS 9% 100ML EV DE 8/8H SEDOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS ≥ 160 E DULPAD > 110 MMHG	
12	SIMULTICONA 40 GOTAS V.D 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA DE 1 CP VO	
14	SSVV + CCOG 8/8 H	
15	CLORATIVO DIÁRIO	
16	CLINDAMICINA 600MG 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 LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: SFC, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, SUPINEICO, NO EXAMENADO, HIDRATADO.

SINTOMAS:

CONDIÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H: 144x67 60 20 36,6°C

SINAIS VITAIS	6 H	PA	FC	FR	36,6°C
12 H	120x60	70	18	36,7	
18 H	119x73	70	18	36,7	
24 H	111x72	68	20	36,2°C	

Dr. Odinachi Okemli
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 105.175-1

Dr. Odinachi Okemli
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

18:00 as 09:00 Admistrado
 medicacoes e par, referido SSVV
 se que não conversado na enfermagem.

Resposta: Resposta de Roraima
 10/07/2018
 10/07/2018
 10/07/2018

11:30hs Realizado medicacoes do
 dorso e dor do SSVV. Não as
 claudas. Enfoque em

Suzana Maria da Silva
 Tbc em 28/07/2018
 COREN-RR 001.713-TE

13 de 19
 Realizado a medi
 cacoes de dor e
 e referido SSVV
 C. P. M.

Resposta: Resposta de Roraima
 10/07/2018
 10/07/2018
 10/07/2018

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
AGNÓSTICO: LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA

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

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	5:00
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS	
7	TENOXICAM 40 MG EV Q1 X DIA S/N	22:00
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SFO 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	5:00
11	CAPTUPRIL 25 mg VO 6x PAS > 160 E OU PAD > 130 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 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; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 65% 40 ML EV. + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:



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

SINAIS VITAIS				
6 H	100/70	64	18	36.6
12 H	130/80	62	18	35.8
18 H	120/74	76		36.8
24 H	100/60	62	19	36.6

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
Residente De Ortopedia e Traumatologia

13 às 19h Administrado medicação
com Verificado SSVV Tcc Roraimo
19 às 07 hrs. Adm. med. de horários. Aferido SSVV.
segue aos cuidados da enfermagem. Tcc. 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			
----------	-------------------------	--	--	--

AGNÓSTICO	LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITO			
-----------	--	--	--	--

ALERGIAS				
----------	--	--	--	--

IDADE	51	HAS	DM2	
-------	----	-----	-----	--

LEITO	404-6	DATA	07/07/2018	
-------	-------	------	------------	--

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

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

2	AVP			5h
---	-----	--	--	----

4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS			5h
---	-----------------------------------	--	--	----

7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			10h 22h
---	---------------------------------	--	--	---------

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

9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N			
---	----------------------------	--	--	--

10	TRAMAL 100MG + SFO 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 HRS S/N			
----	-------------------------------------	--	--	--

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

14	SSVV + CCGG 8/8 H			05h
----	-------------------	--	--	-----

15	CURATIVO DIÁRIO			Rotina
----	-----------------	--	--	--------

16	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS			10h 13h 24h 06h
----	------------------------------	--	--	-----------------

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, EUPNEICO, NORMOCORADO, HÍDRATADO.				
---	--	--	--	--

# SOLICITADO:				
---------------	--	--	--	--

# CONDUTA:				
------------	--	--	--	--

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO				
--------------------------------	--	--	--	--

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO				
----------------------------------	--	--	--	--

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 105164

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	110/68	61	-	36,5°
18 H	114/70	70	-	36,1°
24 H	114/66	63	-	36,4°

7as 18h Administrados medicamentos com Trocado acesso venoso, punção com gelo Nº 20 em m.s.e. Verificado SSVV. 06 - PA - 110/75 T = 36,5 P - 60

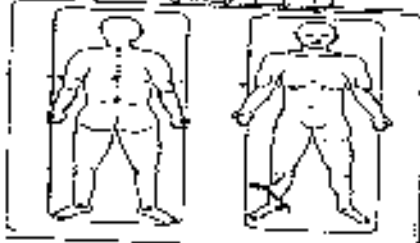
Moraes Rosário J. Vale
Técnico Enfermeiro
CRM: 105164

ENF/LEITO: 404.6

NOME: Teotônio Cipriano Costa

DATA: 07/07/18

Localização / Região: M I D



GRAU - I

☐ GRAU - II

Etiologia

Tamanho da Ferida:

Aparência do Leito:

Quantidade de Exsudato

Tipo de exsudato:

Odor:

Odor:

Condição da pele Periférica:

Solução para limpeza

Cobertura primária (Contato direto na lesão)

Hora do curativo:

Data da Próxima troca:
em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

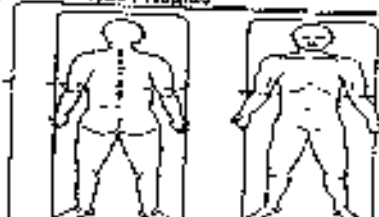
Obs:

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

Tamanho da Ferida:

Aparência do Leito:

Quantidade de Exsudato

Tipo de exsudato:

Odor:

Odor:

Condição da pele Periférica:

Solução para limpeza

Cobertura primária (Contato direto na lesão)

Hora do curativo:

Data da Próxima troca:
em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Obs:

Diário
01. *Silvia Moraes*
02. *Cesar*
03. *Silvia Moraes*



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: LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITO

ALERGIAS:

HAS

DM2

IDADE:

51

LEITO:

404-6

DATA:

08/07/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

SND

2

AVP

Manter

4

CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS

10

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 + SFD 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

S/N

11

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

S/N

12

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

S/N

13

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

S/N

14

SSVV + CUGG 6/6 H

S/N

15

CURATIVO DIÁRIO

S/N

16

CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS

S/N

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, LUPNEICO, 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	36.0
18 H	130/82	69	20	36.0
24 H	116/82	64	20	36.5

06:00 - 108/65 61 20 36

Dr Odinson Okemiri
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

06:00 - Pd fardo SV,
 nel 2000 m c.p. e que
 s. u. d. e. de ef. p. p.

Nome: Wenderson Espiriano Costa

DATA: 08/04/18

Localização / Região: M.D.

GRAU - I

GRAU - II



DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região:



Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética

Tamanho da Ferida: ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outras

Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esclerol ☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato: ☐ Nenhum ☐ Pouco ☐ Moderado ☐ Abundante

Tipo de exsudato: ☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento

Do: ☒ Fúria ☐ Sarcena ☐ Não

Odor: ☐ Evidente na remoção da cobertura ☐ a base do leito ☐ Sem odor

Condição da pele Perilesional: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ Seca ☐ Eritema ☐ Rubor

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

Cobertura primária: ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE

Nota do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca: ☐ Manhã ☐ Tarde

Em caso de 48h: ☐ Manhã ☐ Tarde

Início e ass. Tcc. em Enfermagem: ☐ Manhã ☐ Tarde

Assinatura do Enfermeiro: ☐ Manhã ☐ Tarde

OBS:

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética

☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outras

☐ Tecido de granulação ☐ com esclerol ☐ Tecido necrótico

☐ Nenhum ☐ Pouco ☐ Moderado ☐ Abundante

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento

☐ Fúria ☐ Sarcena ☐ Não

☐ Evidente na remoção da cobertura ☐ a base do leito ☐ Sem odor

☐ Normal ☐ Macerada ☐ Seca ☐ Eritema ☐ Rubor

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Outro:

☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE

☐ Manhã ☐ Tarde

☐ Manhã ☐ Tarde

☐ Manhã ☐ Tarde

☐ Manhã ☐ Tarde

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 LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA

ALERGIAS

IDADE 51 HAS DM2
LEITO 404-8 DATA 09/07/2018

ITEM 1 DIETA ORAL LIVRE HORÁRIO

2 AVP SNO

4 CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS Montec

7 TENOXICAM 40 MG EV 51 X DIA S/N 10 222

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

9 DIPIRONA 1G EV DE 8/8H 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 GÓTAS 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

15 CURATIVO DIÁRIO

16 CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORRÊÇÃO 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:

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

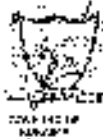
6 H	PA	FC	FR
12 H	150/92	65	19
18 H	137/82	70	19
24 H	119/68	58	35

Dr. Odinei Okemini
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

07/07/19 4h 45min SSVV o od medicadoo CRM. Segue as
técnicas da enfermagem

06:15 PA=119x70 P=59

Dr. Odinei Okemini
Residente De Ortopedia e
Traumatologia



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



DATA DE ADMISSÃO	28/08/2018	DIH	DN	26/09/1966
PACIENTE	TEOTONIO CIPRIANO COSTA			
AGNOSTO	LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA			
ALERGIAS	HAS DM2			
IDADE	51	LEITO	404-6	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			24h
2	AVP			manhã
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/2 HRS			10/22
7	TENOXICAM 40 MG EV 6/1 X DIA S/N			
8	PLASIL 10MG EV 3/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H 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 PAD > 110 MMHG			
12	SIVETICONA 43 GOTAS V.O. 8/8 HRS S/N			
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O			
14	SSVV + CCBG 6/8H			24h
15	CURATIVO DIÁRIO			
16	CLINDAMICINA 600MG EV 2/8HRS			
17				
18				
19				
20				
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.</p>				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ALCONTOIRO 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				
6 H	120/80	80	FR 14	36.5°C
12 H	120/80	80	19	36.8
18 H	122/81	67	—	36.1
24 H	126/77	70	16	36.0

Dt. Odinachi Okemiti
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 188148

Dt. Odinachi Okemiti
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

Obs 7 as 13h por adm
medicacao + SSVV

13as 19h administrado me
dicacao verificado sinais
vitalis

Assinado: Marcelo
Audiator de Evolução
COREN-RR 010.411.634

Manilone



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 / Versão: 06

1ª e 2ª Edições
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 404.6

Nome: <u>Festonia Cipriano</u>		Localização / Região: <u>M.I.D</u>	
DATA: <u>10/07/18</u>		DATA: <u>10/07</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I	
<input type="checkbox"/> GRAU - II		<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> Pressão - I - II - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Oribénica <input type="checkbox"/> Pneumônicos <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Trauma oculto:	Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão - I - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Oribénica <input type="checkbox"/> Pneumônicos <input checked="" type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Trauma oculto:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Carência do Lado:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escudo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico	Carência do Lado:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escudo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	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"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo	Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perifoneal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubeo <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	Condição da pele Perifoneal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubeo <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros:	Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros:
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros:	Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros:
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde
Próxima troca caso da + da 24hs	<u>Diário</u>	Próxima troca caso da + da 24hs	<u>Diário</u>
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01. <u>[Assinatura]</u> Nanessa da Silva Moraes Técnica em Enfermagem COREN-PR 125.78	01. <u>[Assinatura]</u> Nanessa da Silva Moraes Técnica em Enfermagem COREN-PR 125.78	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<u>[Assinatura]</u> Salmi Pinheiro Téc. em Enfermagem	<u>[Assinatura]</u> Salmi Pinheiro Téc. em Enfermagem	
OBS:		OBS:	

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



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	28/06/2018	DIH		DN	26/09/1966
PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA					
AGNOSTICADO: LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA					
ALERGIAS					
IDADE	51	HAS		DM2	
LEITO	404-6	DATA	11/07/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL CIVIL				SMA
2	AVP				
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS				10:22
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				5v
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				5v
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				5v
10	TRAMAL 100MG + SFG 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				5v
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5v
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				5v
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				06h
14	SSVV + COGG 6/6 H				06h
15	CURATIVO DIÁRIO				06h
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				06h
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, EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

PA 120/80 80 Temp 36,2°C

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	150/80	67	16	36
18 H	131/80	71	17	36,2°C
24 H	130/80	82	19 rpm	36,1°C

Dr. Odinechi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

33 as 19h no leito, sem medicações e Aferidos vitais

4 (4) medicações conforme prescrição, aferidos vitais vitais;

Clayton de Oliveira
Técnico de Enfermagem
EPREN-HR, 791.356-75

Sarah Moraes Calhaz
COORDENADORA

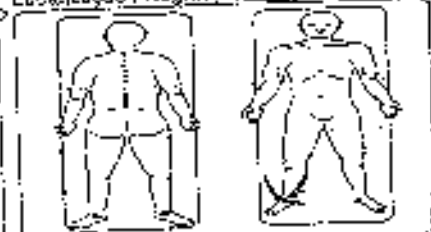
Nome: Teolônio Adriano

DATA: 11.07.18

☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região

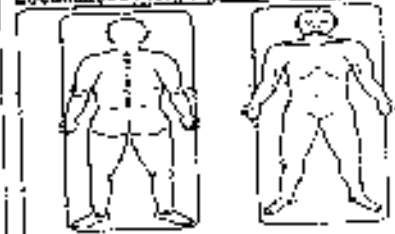


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Varicose ☐ Artéria ☐ Diabética
☐ Trombose ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

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

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudado

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

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele Perifoneal:

☒ Normal ☐ Moderada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras:

Solução para limpeza

☒ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária (Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
em caso de + de 24hs

Diário

Imão e ass. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

01. Teolônio Adriano
02. Teolônio Adriano
Assinatura do Enfermeiro
Assinatura do Enfermeiro
Assinatura do Enfermeiro

OBS:



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	28/08/2018	DIH	DN	26/09/1966
PACIENTE	TEOTONIO CIPRIANO COSTA			
AGNÓSTICO	LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITO			
ALERGIAS	HAS DM2			
IDADE	51	LEITO	404-6	DATA 12/07/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			S.M.
2	AVP			-
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS			22
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			SV
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			SV
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N			SV
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SV
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SV
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			SV
13	OMEPRAZOL 40MG LV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O			10h
14	SSVV + CCGG 6/6 H			10h
15	CURATIVO DIÁRIO			10h
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS			10h
17				
18				
19				
20				
<p>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</p>				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
11:30 H	140x80	64	18	35.2
17:18 H	125x71	64	19	35.4
24 H	115x66	67		35.6

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e Traumatologia

11:30h Realizado medicamentos do horário
apreendido 6SVV. Jovens em cuidados
de enfermagem.

13 às 19hs. Adm. Med. de
horários, apreendido 6SVV
Segue aos cuidados
da enfermagem
Téc. Filipe

* 1900h às 7h00h adm. med.
apreendido 6SVV. Av. C. Amabodevix, 15.

17:40 - Realizado troca de
AVP em MSD com Jélio
20. Téc. Filipe

Nome: Teotônio Epígnio Costa

DATA: 12/01/18

Localização / Região: pp + perna direita

☒ GRAU - I

☐ GRAU - II



DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II



Etiologia
☐ Pressão I - II - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ oncológica ☒ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____

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

Característica do Leito:
☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☒ Tecido necrótico aderido com mecha

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

Tipo de exsudato:
☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serososanguíneo

Dor:
☒ Sim leve ☐ Não

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

Condição da pele Periférica:
☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☒ Outras placardas avermelhadas

Solução para limpeza:
☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 0,5%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outra: _____

Cobertura primária (Colado direto na lesão):
☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outra: _____

Hora do curativo:
☒ Manhã ☐ Tarde

de Próxima troca:
 em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem
 01- [Assinatura]
 02- [Assinatura]

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro
 01- [Assinatura]
 02- [Assinatura]

Etiologia
☐ Pressão I - II - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ oncológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____

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

Característica do Leito:
☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico ☐ Escara

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

Tipo de exsudato:
☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:
☐ Sim _____ ☐ Não

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

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

Solução para limpeza:
☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outra: _____

Cobertura primária (Colado direto na lesão):
☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outra: _____

Hora do curativo:
☐ Manhã ☐ Tarde

de Próxima troca:
 em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem
 01- _____
 02- _____

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro
 01- _____
 02- _____

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 26/05/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNOSTICADA LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA

ALERGIAS

IDADE 51 HAS DM2
LEITO 404.6 DATA 13/07/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	SM
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SV
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N	SV
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SV
11	CAPTAPRIL 25 mg VO SL PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SV
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SV
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	SV
14	SSVV + COGG 8/8 H	06
15	CURATIVO DIÁRIO	rotina
16	CLINDAMICINA 600MG EV 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 ≤ 73 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, LOITE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFFBRIL, EUPNEICO,
NORMOCDRADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15651/RR

SINAIS VITAIS				
8 H	PA	FC	FR	
12 H	102/61	65	20	36,0
18 H	100/60	63	20mpm	36,5
24 H	109/70	88	20	36,50




Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

12:00 ADM. MED. C.R.M. + 550V Administrado medi-
cacao conforme pres-
cricao, aferido sinais
vitalis. 13/07/2018
13 às 19h

Dr. Odinachi Okemiri
Técnico de Enfermagem
CRM: 15651/RR

CRM: 15651/RR

404-6

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

DATA DE ADMISSÃO	28/08/2018	DIH	DN	26/09/1966
------------------	------------	-----	----	------------

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

AGNOSTICADO	LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA
-------------	--

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

IDADE	51	LEITO	404-6	DATA	14/07/2018
-------	----	-------	-------	------	------------

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

1	DIETA ORAL LIVRE	SND
---	------------------	-----

2	AVP	Mante
---	-----	-------

4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS	10° 25
---	-----------------------------------	--------

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 + SFO, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
----	--	--

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

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

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

14	SSV + CCGG 8/8 H	12° 18 24 06
----	------------------	--------------

15	CURATIVO DIÁRIO	
----	-----------------	--

16	CLINDAMICINA 300MG EV 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 EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

SOLICITADO:

CONDUZA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinechi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 156.431-TE

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	36,8°

Dr. Odinechi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

7as 19 Administrado medicamentos em
Verificado SSVV. Teó

Verificação de Saúde
Teó em 08/09/2018
CORENRR 156.431-TE

19as 07hs. Prestado todos os cuidados;
Sinais e exames. Teó



Atendimento às Feridas
Componente do Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 06

Atualizado em: Janeiro 2015

Atualizado: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 404.6

Nome: Teotônio Siqueira

DATA: 14.07.18

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região

ALD



DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão (I - II - III - IV) ☒ Varicose ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ oncológica ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm

Profundidade: _____ cm

Característica do Leito:

☐ Tecido de granulação ☒ com esfacelo
☒ Infecção bacteriana

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ Úmidos, pouco
☐ Úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguinolento

Dor:

☒ Sem ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele Periférica:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras:

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outros:

Cobertura primária

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outros:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Assinatura da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Deiane

Carimbo e Ass.

01- Deiane

Téc. em Enfermagem

Deiane
Téc. em Enfermagem
CUR 253.554

Carimbo e Assinatura

02- Deiane

do Enfermeiro

Deiane
Téc. em Enfermagem
CUR 253.554

OBS:

OBS:



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 28/08/2018 DIH DN 26/08/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICA LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITO

ALERGIAS

IDADE 51 LEITO 404-6 DATA 15/07/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE S/N

2 AVP S/N

4 CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS 10/22

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N 24/25

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

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

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

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

13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 26/27

14 SSVV + CCGG 6/6 H 24/25

15 CURATIVO DIÁRIO M

16 CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS 24/25

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, LUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	5h	20	35,82
6 H	100 x 60	FC	FR
12 H	108 x 66	63	18 36°C
18 H	115 x 60	70	17 36,2°C
24 H	110 x 70	67	22 37,0°C

Dr. Odinechi Okemini
Residente De Ortopedia e
Traumatologia



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 PERNA DIREITO			
ALERGIAS	HAS DM2			
IDADE	51	LEITO	404-6	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5/12
2	AVP			11/12/18
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS			5/12
7	TENOXICAM 40 MG EV Q1 X DIA S/N			5/12
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			5/12
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N			5/12
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			5/12
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			5/12
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			5/12
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O			5/12
14	SSVV + CCGG 6/6 H			5/12
15	CURATIVO DIÁRIO			5/12
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS			5/12
17				
18				
19				
20				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 230-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML LV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTF, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLBRIL. EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:
CONDUTA:
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

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

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100410
Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e Traumatologia

As 7h as 13 foi adon 6h - Pa = 109x69
medicação + SSVV
Auxilio de Ruy...
CC...
As 7h Adm...
ferido SSVV...
CC...

Des 13 as 8 h...
medicação (CPM) + SSVV
feve
467694

412-1

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	LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA				
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	51	LEITO	404-6	DATA	17/07/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SD
2	AVP	SD
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 2/12 HRS	SD
7	TENOXICAM 40 MG EV 31 X DIA (SIN)	SD
8	PLASIL 10MG EV 8/8H (SIN)	SD
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H (SIN)	SD
10	TRAMAL 100MG + SFO 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SD
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SC PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SD
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS (SIN)	SD
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	SD
14	SSVV + CCGG 8/8 H	SD
15	CURATIVO DIÁRIO	SD
16	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS	SD
17		
18		
19		
20	<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI ± QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA</p>	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

SOLICITADO:

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
BH	PA	FC	FR	T
12 H	130/70	70	16	35,8
18 H	122/70	82	18	36,2
24 H	110/60	72	-	36,2

Dr. Odinachi Okemini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 185116R

Dr. Odinachi Okemini
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

PACIENTE C/ DIARRÉIA DESDE
16/07/18! *[assinatura]*

06:00h
PA = 130x80
FC = 80
TA = 36,2

3.



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



DATA DE ADMISSÃO		28/08/2018	DIH	DN	26/09/1966
PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA					
AGNÓSTICO LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	51	LEITO	412-1	DATA	18/07/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS				
7	TENOXICAM 40 MG EV D1 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	SSVV - DCGG 8/8 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	CLINDAMICINA 600MG 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 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				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	142/73	56	29	35,4
18 H	122/79	57	18	36,2°
24 H	115/80	70	20	35,8

Dr. Odinachi Okemiri
 Ortopedia e Traumatologia
 CRP 1851406
 Residente De Ortopedia e Traumatologia

07 as 13 admn medicacão verificada com ASVV.

13 as 19h Administrado medicacão por
 Verificado SSVV Tio Rôdrigo

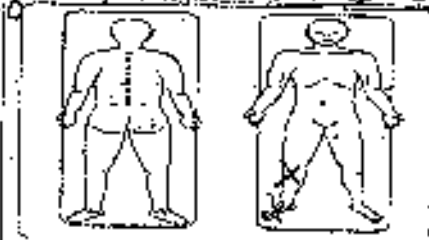
Verso →

Nome: Teotônio Cipriano Costa

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

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

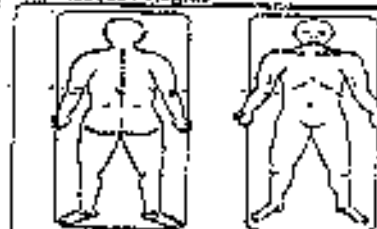


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia: ☒ Pressão I - II - III - IV ☒ Venosa ☒ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☒ Crônica ☐ Trauma oculto

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

Carência do Leito: ☒ Tipo de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

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

Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serososanguíneo

Dor: ☒ Sem ☐ Não

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

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

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

Cobertura primária (Gestão direta na lesão): ☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de 4 do 24hs

Curativo e ass. Téc. em Enfermagem

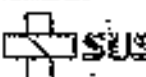
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

[Assinatura e Carimbo do Enfermeiro]

OBS:

[Assinatura e Carimbo do Enfermeiro]



Sistema
Único 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 EDUCADOR

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTEIRO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. B3E MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Osteomielite de fêmur +
lesão de partes moles em pé +
perna

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trat. cirúrgico

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

Ex + f

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIA 23 - CID 10 TERCIÁRIA

Osteomielite fêmur + lesão partes moles pé + perna

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Desbridamento perna + Osteomielite de fêmur

26 - CUNHA

27 - QUALIDADE DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CDD. DA SEGURADORA

35 - Nº DO SINISTRO

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

38 - CDD. EXPOSURA

39 - CDD. DA EMPRESA

40 - CDD.

41 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

42 - VÍNCULO COM A RESPONSABILIDADE

43 - VÍNCULO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - JOGADOR

47 - APOSENTADO

48 - INDETERMINADO

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

50 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - CUNHA

53 - CPF

54 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

56 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

0415030013

8408060190 - 1485

0415040035 - ROL

19.7 a 3.8



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Teotônio Cipriano Costa

Data: 10/04/18 O.S. _____

DIAGNOSTICO PRÉ OPERATÓRIO:

Lesão extensa de partes moles

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

em pé e pé + Osteomielite fôss

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

Fluor. cirurg. osteomielite fôss +

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Destruído em pé

CIRURGIÃO

Jonathas

1º AUXILIAR:

May

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESIAS:

Bira

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Max. 30 dias
Orçamento de Trabalho
Medicamentos e Materiais
Data: 10/04/18

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Pele em pé sob anestesia
- 2) Antissepsia + Assepsia
- 3) Remoção de partes
- 4) Destruído de ferimento necrótico em região plantar da base do 1º Metá
- 5) Destruído de lesão necrótica de face anterior medial da fíbula
- 6) Amputação de face anterior da fíbula
- 7) HMC. cl. de osteo. reconstituição
- 8) Sutura das feridas.

Dr. Jonathas C. Lopes
Orçamento e Trabalho
Data: 10/04/18
CÓDIGO: 1001 14272



Teodoro Garrido Costa.

PARACETAMOL - PROCA - DCE - OFA - EFETD

19.07.2018

404

[illegible]

940000

ANAMNESIS	DIAGNOSIS	TEORIJA	ANALISIS
1. Nyeri pada lambung	2. Nyeri pada lambung	3. Nyeri pada lambung	4. Nyeri pada lambung
5. Nyeri pada lambung	6. Nyeri pada lambung	7. Nyeri pada lambung	8. Nyeri pada lambung
9. Nyeri pada lambung	10. Nyeri pada lambung	11. Nyeri pada lambung	12. Nyeri pada lambung
13. Nyeri pada lambung	14. Nyeri pada lambung	15. Nyeri pada lambung	16. Nyeri pada lambung
17. Nyeri pada lambung	18. Nyeri pada lambung	19. Nyeri pada lambung	20. Nyeri pada lambung
21. Nyeri pada lambung	22. Nyeri pada lambung	23. Nyeri pada lambung	24. Nyeri pada lambung
25. Nyeri pada lambung	26. Nyeri pada lambung	27. Nyeri pada lambung	28. Nyeri pada lambung
29. Nyeri pada lambung	30. Nyeri pada lambung	31. Nyeri pada lambung	32. Nyeri pada lambung
33. Nyeri pada lambung	34. Nyeri pada lambung	35. Nyeri pada lambung	36. Nyeri pada lambung
37. Nyeri pada lambung	38. Nyeri pada lambung	39. Nyeri pada lambung	40. Nyeri pada lambung
41. Nyeri pada lambung	42. Nyeri pada lambung	43. Nyeri pada lambung	44. Nyeri pada lambung
45. Nyeri pada lambung	46. Nyeri pada lambung	47. Nyeri pada lambung	48. Nyeri pada lambung
49. Nyeri pada lambung	50. Nyeri pada lambung	51. Nyeri pada lambung	52. Nyeri pada lambung
53. Nyeri pada lambung	54. Nyeri pada lambung	55. Nyeri pada lambung	56. Nyeri pada lambung
57. Nyeri pada lambung	58. Nyeri pada lambung	59. Nyeri pada lambung	60. Nyeri pada lambung
61. Nyeri pada lambung	62. Nyeri pada lambung	63. Nyeri pada lambung	64. Nyeri pada lambung
65. Nyeri pada lambung	66. Nyeri pada lambung	67. Nyeri pada lambung	68. Nyeri pada lambung
69. Nyeri pada lambung	70. Nyeri pada lambung	71. Nyeri pada lambung	72. Nyeri pada lambung
73. Nyeri pada lambung	74. Nyeri pada lambung	75. Nyeri pada lambung	76. Nyeri pada lambung
77. Nyeri pada lambung	78. Nyeri pada lambung	79. Nyeri pada lambung	80. Nyeri pada lambung
81. Nyeri pada lambung	82. Nyeri pada lambung	83. Nyeri pada lambung	84. Nyeri pada lambung
85. Nyeri pada lambung	86. Nyeri pada lambung	87. Nyeri pada lambung	88. Nyeri pada lambung
89. Nyeri pada lambung	90. Nyeri pada lambung	91. Nyeri pada lambung	92. Nyeri pada lambung
93. Nyeri pada lambung	94. Nyeri pada lambung	95. Nyeri pada lambung	96. Nyeri pada lambung
97. Nyeri pada lambung	98. Nyeri pada lambung	99. Nyeri pada lambung	100. Nyeri pada lambung

~~GROUP 1 - Excluded from automatic downgrading and
declassification
DATE 10-25-2013~~



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Antonio Cipriano Costa</i>		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>19/10/18</i>	
CIRURGIA					
TIPO <i>Osteomielite de pé D + Osteotomia</i>		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO <i>20:18</i>	FIM <i>20:44</i>	TEMPO TOTAL	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO <i>Dr. Jonathas</i>		ANESTESISTA: <i>Dr. Rina</i>			
		RES. ANESTESIA: <i>Dr. Fábio</i>			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE <i>Socorro, Onizio e Jonathas</i>			
TIPO DE ANESTESIA: <i>Rx oral</i>		TEMPO DE DURAÇÃO:			
Q ^{nt}	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCIS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml <i>cateter de O₂</i>	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	<i>Dem</i>		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 15		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº <i>cateter de O₂</i>	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº <i>cateter de O₂</i>		1	FIO CATGUT CRÔMATON Nº <i>malas</i>	
1	DRENO DE TORAX Nº <i>cateter de O₂</i>		1	FIO PROLENE Nº <i>goma</i>	
1	DRENO DE PENROSE Nº <i>cateter de O₂</i>		1	FIO SEDA Nº <i>no cateter de O₂</i>	
1	SERINGA 0.1ML <i>agulha de insulina</i>			SURGICEL	
1	SERINGA 0.5ML		1	GELATINA 200ml de <i>clonitina</i>	
1	SERINGA 0.5 ML			KIT CATARATANº <i>duplamente</i>	
1	SERINGA 10ML			GEORAM <i>equi</i>	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA <i>tritur</i>	
				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		
	<i>Alina e Solange</i>	SUB- TOTAL		
FUNCIIONÁRIO/CAULCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	<i>Socorro, Jonathas</i>	TAXA DE ANESTESIA		
	<i>Nilsona</i>	SOMA		
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Antonio Cipriano Costa				19/10/18	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Otitomielite de PCO + Ombilicostomia		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		20:18	20:44		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:			
Dr. Jonathas		Dr. Rina			
AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
		Dr. Fábio			
AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
CIRCUANTE					
		Socorro, Onizio e Jonathas			
TEMPO DE ANESTESIA: Rápida		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QNT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE		1	cateter de O ₂	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO VICRYLNº	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO MONONYLON Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	DEM		FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LAMINA BISTURINº 15		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº	ultrassom	1/2	FIO CATGUT SIMPLER Nº de agulha de 18	
1	DRENO DE TORAX Nº	ultrassom	1/2	FIO CATGUT CROMADO Nº malhas	
1	DRENO DE PENROSE Nº	ultrassom	1/2	FIO PROLENE Nº 6/0	
1	SERINGA 01ML	agulha de 25	1	FIO SEDA Nº 1/2	
1	SERINGA 03ML		1	SURGICEL	
1	SERINGA 05 ML		1	CERA W/OSSO 200ml de cloxidina	
1	SERINGA 10ML		1	KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 20ML		1	GEFOAM	
			1	FITA CARDIACA	
				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		
	Alina e Solange	SUB- TOTAL		
ACIONÁRIO/CALCULOS	CIRCUANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	Socorro, Jonathas	TAXA DE ANESTESIA		
	Nilvana	SOMA		
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

201-2

412-1



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



DATA DE ADMISSÃO	28/06/2018	DIH	DN	76/09/1966
PACIENTE	TEOTONIO CIPRIANO COSTA			
AGNÓSTICO	LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITO			
ALERGIAS	HAS 90/2 DM2			
IDADE	51	LEITO	421	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5:00
2	AVP			5:00
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HNS			5:00
7	TENOXICAM 40 MG EV Q1 X DIA 5/1			5:00
8	FLASII 10MG EV B/H 5/1			5:00
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H 5/1			5:00
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			5:00
11	CAPTOPRIL 25 mg VO (SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG)			5:00
12	SIMETICONA 10 GOTAS V.O 8/8 HRS 5/1			5:00
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O			5:00
14	SSVV + CCGG 8/8 H			5:00
15	CURATIVO DIÁRIO			5:00
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/8HRS			5:00
17				5:00
18				5:00
19				5:00
20				5:00
<p>SE DIABÉTICO CORRÊÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SFM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	100/70	98	18	36.2
18 H	130/80	71	22	36.0
24 H	130/67	64		36.0°C
06 H	117/68	56		36.0°C

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 188549

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

12:00 Paciente quiescente e de dor administrada
com O911; AVV: Am. Todas medicações realizadas
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: DN: 26/09/1966

PACIENTE: TEOTONIC CIPRIANO COSTA

ACNÓSTICO: LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA

ALERGIAS:

IDADE: 51

ITEM:

PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 AVF

4 CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8 ELASIL 10MG EV 8/8 HRS S/N

9 DIFIRONA 1G EV DE 8/8 HRS S/N

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

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

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

13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 GRV O

14 SSVV + COGG 6/8 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16 CLINDAMICINA 300MG EV 6/8 HRS

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 UI/ML GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO: ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO

ALIMENTANDO SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BGG, LQTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO

NORMOCORADO, HIDRATADO

SOLICITADO:

CONDUTA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS:

EH	FA	FC	FR
12 H	128/84	49	36,3
18 H	136/82	73	36,6
24 H	120/83	49	36,8

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e Traumatologia
CRM 105187

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e Traumatologia

65-111x71 P67 T 36-

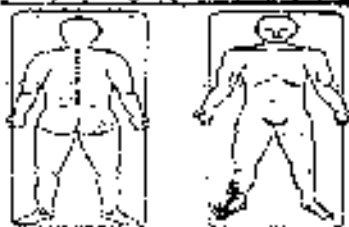
Nome: Teotônio Cipriano Costa

DATA: 21/07/13

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região: M.I.D.

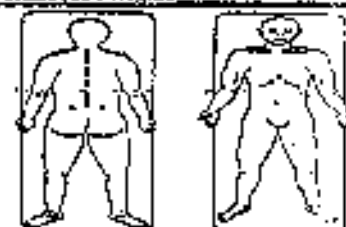


DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região:



Etiologia

☐ Fratura I - II - III - IV ☐ Varizes ☐ Arterial ☐ Diabetes
☐ Lesão térmica ☐ Químico ☐ Trauma ☐ Outras:

Comprimento: 10 cm Largura: 5 cm
Profundidade: 2 cm

Estado da Ferida:

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ Coágulo escuro
☐ Tecido necrótico

☐ Seco, mínimo ☐ Úmido, pouco
☒ Úmido, moderado ☐ Molhado, abundante

Tipos de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguinolento

Odor:

☒ Sim ☐ Não
☐ Evidente na remoção da cobertura ☐ A beira do leito
☐ Evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele
periférica:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Púrpura ☐ Outras:

Medicação para limpeza:

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária

Contato direto na lesão:

☒ Gaze ☐ Colágeno
☒ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: alginate

Tempo de curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca:

em caso de + de 2 dias

Diário

Assinatura do enfermeiro

Assinatura do Enfermeiro

01. Bernarda

02. Priscilla

BS:

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 LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	51	LEITO	201-2	DATA	22/07/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				Manter
4	C. PROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS				10-22
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	LIPARONA 1G EV DE 6/6H S/N				
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				
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				06h
14	SSVV + COGG 6/6 H				Retina
15	CURATIVO DIÁRIO				M
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				12-18-24-06
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/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BCG, LOTC, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCURADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	66	—	36,3°C
18 H	125/72	71	—	37,2°C
24 H	sem ponto tempo 10h			

38 hrs: Realiza dos
es e tens 04. 54. 16

Mariavilda S. Richal
Aux. Enfermeira
COREN: 145512/RS

Dr. Odinaochi Okemiri
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
COREN: 043001/RS

Dr. Odinaochi Okemiri
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
COREN: 18617/RS

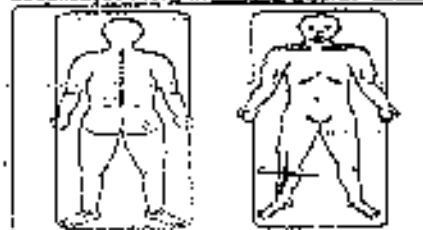
Consulência de Ortopedia e Traumatologia
DATA: 23/07/18
HORA: 10:35
ACS: Odinaochi

Nome: Teotônio Ripuano Costa

DATA: 22.07.18

Localização / Região

M.D.

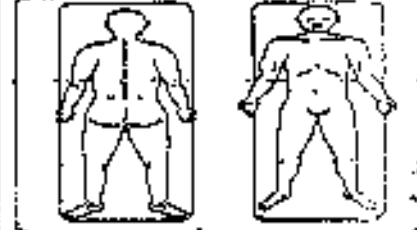


☒ GRAU - I
☐ GRAU - II

DATA:

☐ GRAU - I
☐ GRAU - II

Localização / Região



Etimologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neurogênica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neurogênica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
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
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim: <u>moderada</u> <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim: _____ <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> à beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> à beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros:
Cobertura primária (Conferir direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	<u>diário</u>	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	<u>Maria de Fátima M. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COP 01/18 140 705	<u>02. Jucelyne Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem COP 01/18 140 705
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		

OBS:

OBS:



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							
AGNOSTICAR	OMC DE PÉ D + DESBRIDAMENTO							
ALERGIAS	NEGA	HAS	NAO	DM2	NAO			
IDADE	51	LEITO	201-2	DATA	23/07/2018			
ITEM								HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE PARA DIABETICO							5 x dia
2	AVF							DIABETER
4	CIPROFLOXACINA 500MG EV 12/12HR							08:00
5	DIPYRIDA 01 G EV DE 8/8 HS							16:00
6	TRAMAL 100MG - 3F 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8 SE DOR INTENSA							18:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)							18:00
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PA6 > 150 E OU PAD > 110 MMHG							18:00
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)							18:00
11	CLINATIVO DIARIO							18:00
12	SSVV + COGG 6/8 H							18:00
13	CEFTAZIDINA G EV /HR							18:00
14	No Item 13 nao se faz mais							
16	horario da medicação							

SE PRESCREVER FOR NECESSARIO, INCLUIR A RESERVA DE 10% DO CONTEÚDO DO MEDICAMENTO. O DOENTE DEVE SER ORIENTADO SOBRE O USO CORRETO DO MEDICAMENTO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	130 x 70	65	-	36,0
12 H	130 x 70	76	19	36,3
18 H	120 x 70	84	20	36,5
24 H	140 x 76	61	-	36,0

VERIFICADO PACIENTE DEitado NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.
EXAME FÍSICO: BCG, TCTE, ACIANÓTICO, ANIGLÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:
CONDUZIR:
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



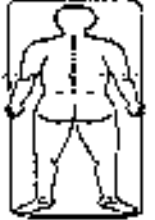

Dr. Odilacir Okeimiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Dr. Realizado a
baixa do AVF, Selo
20 as 21:00
ter: Rafaelly

Dr. Verificadas SSVV pela academia de enfermagem - Administradora
medicações C.P.M.

Assinatura do Sec.
Assinatura do Sec.
Assinatura do Sec.

201-2

Nome: <u>Teodoro Luciano Costa</u>	
DATA: <u>23.07.18</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II <u>2</u>	Localização / Região: <u>M. A. F.</u>  
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Quimica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras: _____	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Localização / Região:  
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacos <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> Úmido, pouco <input type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Quimica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras: _____
Tipo do exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacos <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> Úmido, pouco <input type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Odores: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a baixa do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Condição da pele Periférica: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 0,5% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a baixa do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Condição da pele Periférica: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: _____
Imbo e ass. em Enfermagem: 01. <u>Diário</u> 02. <u>Diário</u>	<input type="checkbox"/> Condição da pele Periférica: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Prostheide Rodrigues</u> <u>Inferm. Enfermagem</u> <u>2018-07-23</u>	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: _____
OBS: <u>Tendão exp.</u>	OBS: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA					
AGNÓSTICO DE PE D + DESBRIDAMENTO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NAO	DM2	NAO
IDADE	51	LEITO	201-2	DATA	24/07/2018
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE PARA DIABETICO				5u
2	AVP				MAN
4	CIPROFLOXACINA 500MG EV 12/12HR				10
5	CIPRONA 31 G EV DE 8/8 HS				05
6	TRAMADOL 100MG + B1 50MG EV OU DE 8/8 VO DE 8/8 SE DOR INTENSA				7u
7	FLASIL 100mg EV 8/8h (S/N)				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS + 180 B/CURAD 2x10 MMHG				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
11	CURATIVO DIARIO				m
12	SSVV + CCGG 6/8h				10
13	CERTAZIDINA 1G EV 8/8h				10
14					
16					

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED (EXCEPT WHERE SHOWN OTHERWISE) DATE 01-20-2010 BY 60322 UCBAW/MK

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAISS V	PA	PC	FR	TEMP
8 H	113 709	62		26
12 H	140 x 40	72	22	36 °C
18 H	135 x 94	63	26	30 °C
24 H	127 181	63		35,3

EM CONTRO RACIENTE DETADO NO LEITO ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO - BCG, LOTE, AGIOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUNÉICO, NORMOCORAZÃO, HIDRATADO.

4. SOLICITARE

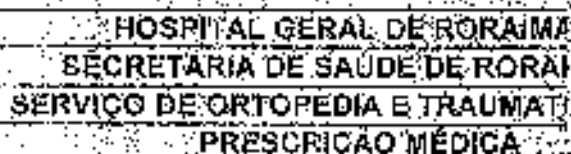
II. CONDUITA

4. PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA NA O

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

pentru 5500 + medicament
carbone presciseaza 8e laia



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	TEOTONIO CIPRIANO COSTA		
AGNÓSTICO	OMC DE PE D + DESCRIDAMENTO		
ALÉRGICAS	NEGA	HAS	NÃO
IDADE	51	LEITO	201-2
DATA	20/07/2018		
ITEM	HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE PARA DIABETICO		
2	AVP		
4	CIPROFLOXACINA 500MG EV 12/12HR		
5	DILIRONA 01 G EV DE 8/8 HS		
6	TRAMAL 100MG - SE 0,9G EV OU 0,1 GP VO DE 8/8 SE DOR INTENSA		
7	PLASE 10 mg EV 8/8H (S/N)		
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS 100 E OU PAD 250/100MMHG		
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 (S/N)		
11	CURATIVO DIÁRIO		
12	SSVV + CCGG 6/6 H		
13	CEFTAZIDINA 1G EV 8/8 HR		
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

REPRODUÇÃO E DIFUSÃO COM FULDA REGULAÇÃO DE CONTINUIDADE DESENVOLVIMENTO, 100-200-250-300-350-400-450-500-550-600-650-700-750-800-850-900-950-1000-1050-1100-1150-1200-1250-1300-1350-1400-1450-1500-1550-1600-1650-1700-1750-1800-1850-1900-1950-2000-2050-2100-2150-2200-2250-2300-2350-2400-2450-2500-2550-2600-2650-2700-2750-2800-2850-2900-2950-3000-3050-3100-3150-3200-3250-3300-3350-3400-3450-3500-3550-3600-3650-3700-3750-3800-3850-3900-3950-4000-4050-4100-4150-4200-4250-4300-4350-4400-4450-4500-4550-4600-4650-4700-4750-4800-4850-4900-4950-5000-5050-5100-5150-5200-5250-5300-5350-5400-5450-5500-5550-5600-5650-5700-5750-5800-5850-5900-5950-6000-6050-6100-6150-6200-6250-6300-6350-6400-6450-6500-6550-6600-6650-6700-6750-6800-6850-6900-6950-7000-7050-7100-7150-7200-7250-7300-7350-7400-7450-7500-7550-7600-7650-7700-7750-7800-7850-7900-7950-8000-8050-8100-8150-8200-8250-8300-8350-8400-8450-8500-8550-8600-8650-8700-8750-8800-8850-8900-8950-9000-9050-9100-9150-9200-9250-9300-9350-9400-9450-9500-9550-9600-9650-9700-9750-9800-9850-9900-9950-10000-10050-10100-10150-10200-10250-10300-10350-10400-10450-10500-10550-10600-10650-10700-10750-10800-10850-10900-10950-11000-11050-11100-11150-11200-11250-11300-11350-11400-11450-11500-11550-11600-11650-11700-11750-11800-11850-11900-11950-12000-12050-12100-12150-12200-12250-12300-12350-12400-12450-12500-12550-12600-12650-12700-12750-12800-12850-12900-12950-13000-13050-13100-13150-13200-13250-13300-13350-13400-13450-13500-13550-13600-13650-13700-13750-13800-13850-13900-13950-14000-14050-14100-14150-14200-14250-14300-14350-14400-14450-14500-14550-14600-14650-14700-14750-14800-14850-14900-14950-15000-15050-15100-15150-15200-15250-15300-15350-15400-15450-15500-15550-15600-15650-15700-15750-15800-15850-15900-15950-16000-16050-16100-16150-16200-16250-16300-16350-16400-16450-16500-16550-16600-16650-16700-16750-16800-16850-16900-16950-17000-17050-17100-17150-17200-17250-17300-17350-17400-17450-17500-17550-17600-17650-17700-17750-17800-17850-17900-17950-18000-18050-18100-18150-18200-18250-18300-18350-18400-18450-18500-18550-18600-18650-18700-18750-18800-18850-18900-18950-19000-19050-19100-19150-19200-19250-19300-19350-19400-19450-19500-19550-19600-19650-19700-19750-19800-19850-19900-19950-20000-20050-20100-20150-20200-20250-20300-20350-20400-20450-20500-20550-20600-20650-20700-20750-20800-20850-20900-20950-21000-21050-21100-21150-21200-21250-21300-21350-21400-21450-21500-21550-21600-21650-21700-21750-21800-21850-21900-21950-22000-22050-22100-22150-22200-22250-22300-22350-22400-22450-22500-22550-22600-22650-22700-22750-22800-22850-22900-22950-23000-23050-23100-23150-23200-23250-23300-23350-23400-23450-23500-23550-23600-23650-23700-23750-23800-23850-23900-23950-24000-24050-24100-24150-24200-24250-24300-24350-24400-24450-24500-24550-24600-24650-24700-24750-24800-24850-24900-24950-25000-25050-25100-25150-25200-25250-25300-25350-25400-25450-25500-25550-25600-25650-25700-25750-25800-25850-25900-25950-26000-26050-26100-26150-26200-26250-26300-26350-26400-26450-26500-26550-26600-26650-26700-26750-26800-26850-26900-26950-27000-27050-27100-27150-27200-27250-27300-27350-27400-27450-27500-27550-27600-27650-27700-27750-27800-27850-27900-27950-28000-28050-28100-28150-28200-28250-28300-28350-28400-28450-28500-28550-28600-28650-28700-28750-28800-28850-28900-28950-29000-29050-29100-29150-29200-29250-29300-29350-29400-29450-29500-29550-29600-29650-29700-29750-29800-29850-29900-29950-30000-30050-30100-30150-30200-30250-30300-30350-30400-30450-30500-30550-30600-30650-30700-30750-30800-30850-30900-30950-31000-31050-31100-31150-31200-31250-31300-31350-31400-31450-31500-31550-31600-31650-31700-31750-31800-31850-31900-31950-32000-32050-32100-32150-32200-32250-32300-32350-32400-32450-32500-32550-32600-32650-32700-32750-32800-32850-32900-32950-33000-33050-33100-33150-33200-33250-33300-33350-33400-33450-33500-33550-33600-33650-33700-33750-33800-33850-33900-33950-34000-34050-34100-34150-34200-34250-34300-34350-34400-34450-34500-34550-34600-34650-34700-34750-34800-34850-34900-34950-35000-35050-35100-35150-35200-35250-35300-35350-35400-35450-35500-35550-35600-35650-35700-35750-35

Patient's Name: Severina, Z.

Ministério da Educação
 Universidade Federal do Rio de Janeiro
 Centro de Educação

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SIN/A/S V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	110X13	62		35.20
18 H	140X18	60		36.35
24 H	145X23	58		36.35

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

EXAME FÍSICO: BFG, LOTF; ACIANÓTICO, ANIGTERIO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HÍDRATADO.

4. SOLICITADO

4. CONDUIT:

A PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA NA O

PREVISÃO DE AÍTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri,
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



Assessoria Técnica das Unidades
Coordenadoria de Emergência - EGR

Protocolo nº: 001/06

Unidade de Saúde
Povoado 2013

Atualizado: Janeiro / 2013

ENF/LEITO: 004.2

NOME: Teotônio Cipriano Costa

DATA: 23/07/18

GRAU - I

GRAU - II

Localização: 3º andar



DATA: 25/04

GRAU - I

GRAU - II

Localização: Pe D



Etiologia

Tamanho da Ferida:

Forma do Leito:

Quantidade de Exsudato

Tipo de exsudato:

Dor:

Odor:

Condição da pele
Perifoneal:

Solução para limpeza

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

Hora da curativo:

da Próxima troca:
e a cada 4 de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...



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	
AGNOSTICOM	OMC DE PÉ D + DESBRIDAMENTO	
ALERGIAS	NEGA	
IDADE	51	LEITO 201-2
ITEM	DATA	25/07/2018

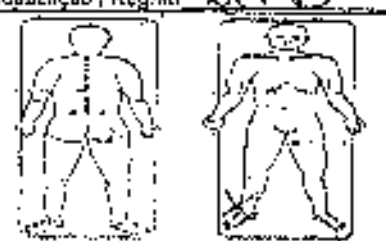
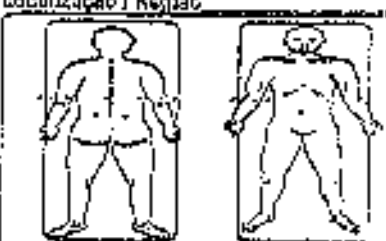
1	DIETA GERAL LIVRE PARA DIABÉTICO	HORARIO
2	AVP	SNP
4	CIPROFLOXACINA 500MG EV 12/12HR	MANTER
5	DIPIRONA 0.1G EV DE 8/8 HS	SNP
6	TRAMAL 100MG + EF 0.8% EV OU IM CP VO DE 8/8 HS SE DOR INTENSA	SNP
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SNP
9	CAPTOPRIL 25 mg VO 8x PAS = 160 F OU PAD = 140 MMHG	SNP
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H (S/N)	SNP
11	CURATIVO DIÁRIO	SNP
12	SSVV + CCEG 8/8 H	M
13	CEFTAZIDINA 2G 8/8HR EV	SNP
14		SNP
15		SNP

SE DIABÉTICO SCR + GAD COM INSULINA REGULAR 100F CONFORME ESCALA 1-0-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-2472-2473-2474-2475-2476-2477-2478-2479-2480-2481-2482-2483-2484-2485-2486-2487-2488-2489-2490-2491-2492-2493-2494-2495-2496-2497-2498-2499-2500-25



Assessoria Técnica das Feridas
Unidade de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão 06
Atualizada: Janeiro / 2015
Data de Encaminhamento: Fevereiro 2015
ENF/LEITO: 204-2

Nome: <u>Teotônio Cipriano Costa</u>	
DATA: <u>26.07.18</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>Umb</u> 
DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: _____ 
Etiologia: <u>Úlceras - II - IV avançada arterial</u> etiologia: <u>arterial</u>	etiologia: <u>Úlceras - II - IV avançada arterial</u> etiologia: <u>arterial</u>
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Arência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com escaras <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Arência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escaras <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade do Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	Quantidade do Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo da exsudação: <input type="checkbox"/> Serosa <input type="checkbox"/> fibrinosa <input type="checkbox"/> sanguinolenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Serososanguínea	Tipo da exsudação: <input type="checkbox"/> Serosa <input type="checkbox"/> fibrinosa <input type="checkbox"/> sanguinolenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Serososanguínea
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a base do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a base do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Periférica: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	Condição da pele Periférica: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Colado direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: <u>Biaterm</u>	Cobertura primária (Colado direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Curativo: <u>2 vezes</u> <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data de Próximo atendimento: <u>29.07.18</u> Em caso de + de 2 dias	
Curativo e ass. Téc. em Enfermagem: Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: OBS:	Curativo e ass. Téc. em Enfermagem: Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: OBS:



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	28/08/2018	DIH		DN	26/09/1966
PACIENTE	TEOTONIO CIPRIANO COSTA				
AGNÓSTICO	OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	51	LEITO	201-2	DATA	27/07/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	AVF				MANUTER
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 + SFO, 8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 43 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				06
14	SSVV + CCGG 8/8 H				ROTINA
15	CURATIVO DIÁRIO				m
16	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS				08, 16-24
17					
18					
18					
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 DILATADO 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				
8 H	PA	FC	FR	
12 H	127x80	59		36
18 H	112x84	86	20	36,40
24 H				

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia

Sen. Antonio
 NASIO ROS
 Sinais
 VITAIS
 Anítoques da Silva Souza
 Técnico de Enfermagem
 Coreto nº 001.200.883

12h: medicado cpm e
 verificado os ssvv

Andressa Seefeldt
 COORDENADORA - TE

27-07-18 18:00hs.
 Pós-Alambramento
 consistente, Náuseas
 Atm 16 e 55

COOP. 187.446.72



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

AGNÓSTICOMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS HAS DM2
IDADE 51 LEITO 201-2 DATA 28/07/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SP
2	AVP	SP
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS	SP
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SP
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SP
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	SP
10	TRAMAL 100MG + SFD, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SP
11	CAPTAPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG	SP
12	SIMETICONA 40 GÓTAS V.O 8/8 HRS S/N	SP
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	SP
14	SSVV + CCGG 8/8 H	SP
15	CURATIVO DIÁRIO	SP
16	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS	SP
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 ≥ 80% 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				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140x80	56		36,2
18 H	135x80	61		36,2
24 H	140x80	60		36,0

06H 100x60 57

36,0°C

Dr. Odinaclir Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



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: 29/07/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SVS
2	AVP	
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS	
7	TENOXCAM 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	FRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTAPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 F OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMEFICONA 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 6/8 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 ≤ 73 DL/ML, GLICOSE
 50% 45 ML EV. + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: REG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO:
 # CONDUITA:
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
06H	120x20	53	
18 H			
24 H	106x60	67	

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 18517/R

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia



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 OM C DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS

IDADE 51 HAS DM2
LEITO 201-2 DATA 30/07/2018

PRESCRIÇÃO

1 DIETA ORAL LIVRE HORÁRIO

2 AVP SUB.

4 CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS MANUTER

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N 24

8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N 7

9 DAPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N SN

10 TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H 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 40MG FV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O

14 SSVV + CCGG 8/6 H 24

15 CURATIVO DIÁRIO 24

16 CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS 24

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

6 H	PA	FC	FR	T
12 H	131x81	64	20	36.2
18 H	134x84	58		36.1
24 H	124x68	63	22	36.2

Dr. Odinachi Okemini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 123456

Dr. Odinachi Okemini
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

30-07-18 7:30 Trocado
A.U.P. M.S.E.
2:00hs. PC de deitado no
leito, com exame realizado
medicações administradas
SSVV. C.P.M. COEFICIENTE

IP da administração em
etm 16 do período vespertino
Sichel Gomes Marçal
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 5.9047
no



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 201.2

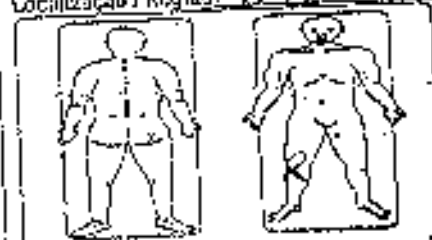
Paciente: Capitão Costa

DATA: 20/01/13

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região: MMA

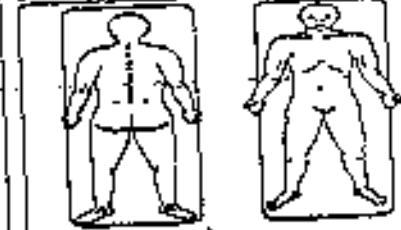


DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

Tamanho da Ferida:

Extensão da Lesão:

Quantidade de Exsudado

Tipo de exsudato:

Dor:

Odor:

Condição da pele
Perifoneal:

Solução para limpeza:

Cobertura primária
(contato direto na lesão)

Medicamento:

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

Pressão: I - II - III - IV ☒ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☒ Neuropática ☒ Quilica ☐ Trauma capilar

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm

Profundidade: _____ cm

☒ Tecido de granulação ☐ com escorço

☒ Tecido necrótico

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco

☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento

☐ Purulento ☐ Serososanguinolento

☐ Sem ☒ Não

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira da lesão

☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor

☐ Prurido ☐ Outras

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%

☐ Clorexidina 4% ☐ Outros

☒ Gaze ☐ Colagenase

☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata

☐ AGE ☐ Outros

☐ Menha ☒ Tenda

Pressão: I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Quilica ☐ Trauma capilar

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm

Profundidade: _____ cm

☐ Tecido de granulação ☐ com escorço

☐ Tecido necrótico

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco

☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento

☐ Purulento ☐ Serososanguinolento

☐ Sim ☒ Não

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira da lesão

☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor

☐ Prurido ☐ Outras

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%

☐ Clorexidina 4% ☐ Outros

☐ Gaze ☐ Colagenase

☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata

☐ AGE ☐ Outros

☐ Menha ☐ Tenda

01-

02-

OBS:



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 28/08/2018 DIH: DN: 26/09/1966

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO: OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS: HAS DM2

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

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S.N.D.
2	AVP	MANTER
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS	10:22
7	TENOXICAM 40 MG EV 31 X DIA S/N	5U
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	CAPTAPRIL 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	06
14	SSVV + COGG 6/6 H	ROTINA
15	CURATIVO DIÁRIO	08:16:24
16	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS	
17		
18		
19		
20		
	<p><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 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Assistente
Ortopedia e Traumatologia
Creg: 188144

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130x78	67	-	36.1
18 H	140x87	63	-	35.3
24 H	115x75	65	-	36.5

56 110x70 65

FEITO AVP. 125 e 36.5

Antoques da Silva Souza
Técnico de Enfermagem
Coren 188144



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 28/08/2018 DIH: DN: 26/09/1966

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO: OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS: HAS DM2
 IDADE: 51 LEITO: 201-2 DATA: 01/08/2018

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DILTA ORAL LIVRE	DSN
2	AVP	Manter
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS	DSN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	DSN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	DSN
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	DSN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	DSN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	DSN
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	DSN
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	DSN
14	SSVV + CCGG 8/8 H	DSN
15	CURATIVO DÁRIO	DSN
16	CEFTAZIDIMA 2G FV 8/8HRS	DSN
17		
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGUIAR (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:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO





Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Assistente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 11851/RR

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TX
12 H	127/76	60	-	36.0
18 H	140/70	66		36.6
26 H	126/76	60		36.3

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

Não realizado troca de
 lençol, pois não tem no
 setor. Administrado medi-
 cação do horário matutino.
 Tec. Kelly

34

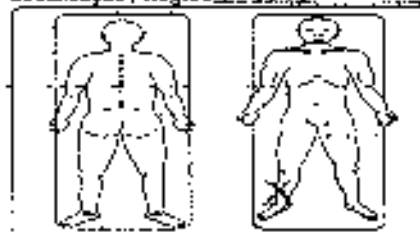
 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia PRESCRIÇÃO MÉDICA		 																											
DATA DE ADMISSÃO	28/06/2018	DIH	DN	26/09/1966																									
PACIENTE	TEOTONIO CIPRIANO COSTA																												
AGNOSTIC	OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO																												
ALERGIAS	HAS DM2																												
IDADE	51	LEITO	201-2	DATA																									
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE			SND																									
2	AVP			manhã																									
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS			15:32																									
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			SN																									
8	PLASIL 10MG EV 6/8H S/N			SN																									
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N			SN																									
10	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV DE 6/8H 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 6/8 H			Rotina																									
16	CURATIVO DIÁRIO			curativo																									
16	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS			08:16:24																									
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, ACANÓTICO, AMICLÍRICO, AFEBRIL, FUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. #SOLICITADO: #CONDUZA: #PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO #PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>137/80</td> <td>69</td> <td></td> <td>35.9</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>148/87</td> <td>67</td> <td></td> <td>36.4</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>104/75</td> <td>64</td> <td></td> <td>36.0</td> </tr> </tbody> </table>					SINAIS VITAIS					6 H	PA	FC	FR	T	12 H	137/80	69		35.9	18 H	148/87	67		36.4	24 H	104/75	64		36.0
SINAIS VITAIS																													
6 H	PA	FC	FR	T																									
12 H	137/80	69		35.9																									
18 H	148/87	67		36.4																									
24 H	104/75	64		36.0																									
<div style="text-align: right;">  Dr. Odineci Okemiri Médico Assistente Ortopedia e Traumatologia CRM 13851/ROR </div> <div style="text-align: center;"> Dr. Odineci Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia </div>																													

Antes 20.20 x após 22 h p/ procedimento dia 03/08, 4.1.2018

Nome: **TEOTONIO CIPRIANO COSTA**

DATA: **02/08/18**

Localização / Região: **MIO**



☒ GRAU - I

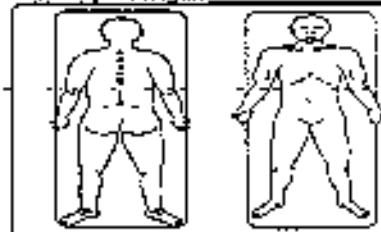
☒ GRAU - B

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - B

Localização / Região:



Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Oncopática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma: ☐ Contus

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

Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico

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

Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☒ Serosossanguíneo

Dor: ☐ Sim ☒ Não

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

Condição da pele Periférica: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____

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

Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☐ Gaze ☒ Colapenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____

Tempo do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde


Data da Próxima troca: **DIÁRIO**
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

OBS:

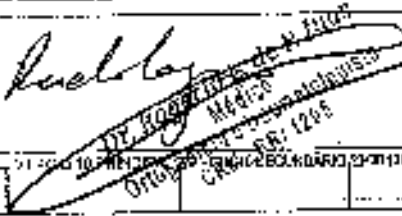
 SUS	Sistema União de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CAGE	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE H.E.R.			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE Ortopedia		4 - CNEB	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		5 - Nº DO PRONTUÁRIO	
6 - NOME DO PACIENTE Teofano Lepriano Costa			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - SEXO	
9 - DATA DE NASCIMENTO 25/09/66		10 - TELEFONE DE CONTATO	
10 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL			
11 - ENDEREÇO (SUA, Nº, BAIRRO)			
12 - CIDADE DE RESIDÊNCIA		13 - ID. IBSG MUNICIPAL	
		14 - UF	
		15 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SÍNTOMAS E SINAIS CLÍNICOS Paciente com 51 anos de idade com doença crônica de Perna e Pe (D)	

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO doença crônica	
---	--

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) História + Exame físico + Radiografia		
20 - INDICAÇÃO DO EXAME Osteomielite Perna e Pe (D)		

PROCEDIMENTO SOLICITADO Desbridamento de Perna e Pe (D)		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA			
27 - CARACTERÍSTICA INTERNAÇÃO			
28 - QUADRANTE			
29 - Nº ORIENTAÇÃO			
30 - Nº ORIENTAÇÃO			
31 - Nº ORIENTAÇÃO			
32 - Nº ORIENTAÇÃO			
33 - Nº ORIENTAÇÃO			
34 - Nº ORIENTAÇÃO			
35 - Nº ORIENTAÇÃO			
36 - Nº ORIENTAÇÃO			
37 - Nº ORIENTAÇÃO			
38 - Nº ORIENTAÇÃO			
39 - Nº ORIENTAÇÃO			
40 - Nº ORIENTAÇÃO			
41 - Nº ORIENTAÇÃO			
42 - Nº ORIENTAÇÃO			
43 - Nº ORIENTAÇÃO			
44 - Nº ORIENTAÇÃO			
45 - Nº ORIENTAÇÃO			
46 - Nº ORIENTAÇÃO			
47 - Nº ORIENTAÇÃO			
48 - Nº ORIENTAÇÃO			
49 - Nº ORIENTAÇÃO			
50 - Nº ORIENTAÇÃO			
51 - Nº ORIENTAÇÃO			
52 - Nº ORIENTAÇÃO			
53 - Nº ORIENTAÇÃO			
54 - Nº ORIENTAÇÃO			
55 - Nº ORIENTAÇÃO			
56 - Nº ORIENTAÇÃO			
57 - Nº ORIENTAÇÃO			
58 - Nº ORIENTAÇÃO			
59 - Nº ORIENTAÇÃO			
60 - Nº ORIENTAÇÃO			
61 - Nº ORIENTAÇÃO			
62 - Nº ORIENTAÇÃO			
63 - Nº ORIENTAÇÃO			
64 - Nº ORIENTAÇÃO			
65 - Nº ORIENTAÇÃO			
66 - Nº ORIENTAÇÃO			
67 - Nº ORIENTAÇÃO			
68 - Nº ORIENTAÇÃO			
69 - Nº ORIENTAÇÃO			
70 - Nº ORIENTAÇÃO			
71 - Nº ORIENTAÇÃO			
72 - Nº ORIENTAÇÃO			
73 - Nº ORIENTAÇÃO			
74 - Nº ORIENTAÇÃO			
75 - Nº ORIENTAÇÃO			
76 - Nº ORIENTAÇÃO			
77 - Nº ORIENTAÇÃO			
78 - Nº ORIENTAÇÃO			
79 - Nº ORIENTAÇÃO			
80 - Nº ORIENTAÇÃO			
81 - Nº ORIENTAÇÃO			
82 - Nº ORIENTAÇÃO			
83 - Nº ORIENTAÇÃO			
84 - Nº ORIENTAÇÃO			
85 - Nº ORIENTAÇÃO			
86 - Nº ORIENTAÇÃO			
87 - Nº ORIENTAÇÃO			
88 - Nº ORIENTAÇÃO			
89 - Nº ORIENTAÇÃO			
90 - Nº ORIENTAÇÃO			
91 - Nº ORIENTAÇÃO			
92 - Nº ORIENTAÇÃO			
93 - Nº ORIENTAÇÃO			
94 - Nº ORIENTAÇÃO			
95 - Nº ORIENTAÇÃO			
96 - Nº ORIENTAÇÃO			
97 - Nº ORIENTAÇÃO			
98 - Nº ORIENTAÇÃO			
99 - Nº ORIENTAÇÃO			
100 - Nº ORIENTAÇÃO			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
35 - Nº ORIENTAÇÃO	
36 - Nº ORIENTAÇÃO	
37 - Nº ORIENTAÇÃO	
38 - Nº ORIENTAÇÃO	
39 - Nº ORIENTAÇÃO	
40 - Nº ORIENTAÇÃO	
41 - Nº ORIENTAÇÃO	
42 - Nº ORIENTAÇÃO	
43 - Nº ORIENTAÇÃO	
44 - Nº ORIENTAÇÃO	
45 - Nº ORIENTAÇÃO	
46 - Nº ORIENTAÇÃO	
47 - Nº ORIENTAÇÃO	
48 - Nº ORIENTAÇÃO	
49 - Nº ORIENTAÇÃO	
50 - Nº ORIENTAÇÃO	
51 - Nº ORIENTAÇÃO	
52 - Nº ORIENTAÇÃO	
53 - Nº ORIENTAÇÃO	
54 - Nº ORIENTAÇÃO	
55 - Nº ORIENTAÇÃO	
56 - Nº ORIENTAÇÃO	
57 - Nº ORIENTAÇÃO	
58 - Nº ORIENTAÇÃO	
59 - Nº ORIENTAÇÃO	
60 - Nº ORIENTAÇÃO	
61 - Nº ORIENTAÇÃO	
62 - Nº ORIENTAÇÃO	
63 - Nº ORIENTAÇÃO	
64 - Nº ORIENTAÇÃO	
65 - Nº ORIENTAÇÃO	
66 - Nº ORIENTAÇÃO	
67 - Nº ORIENTAÇÃO	
68 - Nº ORIENTAÇÃO	
69 - Nº ORIENTAÇÃO	
70 - Nº ORIENTAÇÃO	
71 - Nº ORIENTAÇÃO	
72 - Nº ORIENTAÇÃO	
73 - Nº ORIENTAÇÃO	
74 - Nº ORIENTAÇÃO	
75 - Nº ORIENTAÇÃO	
76 - Nº ORIENTAÇÃO	
77 - Nº ORIENTAÇÃO	
78 - Nº ORIENTAÇÃO	
79 - Nº ORIENTAÇÃO	
80 - Nº ORIENTAÇÃO	
81 - Nº ORIENTAÇÃO	
82 - Nº ORIENTAÇÃO	
83 - Nº ORIENTAÇÃO	
84 - Nº ORIENTAÇÃO	
85 - Nº ORIENTAÇÃO	
86 - Nº ORIENTAÇÃO	
87 - Nº ORIENTAÇÃO	
88 - Nº ORIENTAÇÃO	
89 - Nº ORIENTAÇÃO	
90 - Nº ORIENTAÇÃO	
91 - Nº ORIENTAÇÃO	
92 - Nº ORIENTAÇÃO	
93 - Nº ORIENTAÇÃO	
94 - Nº ORIENTAÇÃO	
95 - Nº ORIENTAÇÃO	
96 - Nº ORIENTAÇÃO	
97 - Nº ORIENTAÇÃO	
98 - Nº ORIENTAÇÃO	
99 - Nº ORIENTAÇÃO	
100 - Nº ORIENTAÇÃO	

AUTORIZAÇÃO		40 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
56 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
57 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
58 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
59 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
60 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
61 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
62 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
63 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
64 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
65 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
66 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
67 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
68 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
69 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
70 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
71 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
72 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
73 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
74 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
75 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
76 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
77 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
78 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
79 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
80 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
81 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
82 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
83 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
84 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
85 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
86 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
87 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
88 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
89 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
90 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
91 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
92 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
93 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
94 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
95 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
96 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
97 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
98 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
99 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			
100 - Nº DA AUTORIZAÇÃO			

0415040035
R02



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 03.08.15

O.S. _____

testes de hipersensibilidade

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: Osteomielite de Pe (12) e Perna (12)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Desbridamento de Pe e Perna (12)

TIPO DE INTERVENÇÃO: Limpeza

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: S

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Marcel Franche AUXILIAR: Dr. Rogerio

2º AUXILIAR: Dr. Fernando B INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

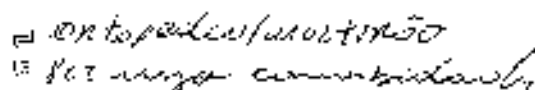
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em P.D.M. sob anestesia
- (2) Intubação e ventilação
- (3) Abordagem de campo estéril
- (4) L.M.E
- (5) desbridamento de necrose na Perna (12) e Pe (12)
- (6) L.M.E
- (7) Lavagem
- (8) R.P.A





FICHA DE ANESTESIA

512

Dea Vista - n.n

75E-4ED136020 LSCGA-D28E-10FA-EFE-0

Midway - 5 mg
 Eastern - 100 mg

N

03/08/18

[illegible]

PROTEIN	CHOLES	TRIGL	AMINO ACIDS
1. <i>Proteinuria</i>	2. <i>Proteinuria</i>	3. <i>Proteinuria</i>	4. <i>Proteinuria</i>
5. <i>Proteinuria</i>	6. <i>Proteinuria</i>	7. <i>Proteinuria</i>	8. <i>Proteinuria</i>
9. <i>Proteinuria</i>	10. <i>Proteinuria</i>	11. <i>Proteinuria</i>	12. <i>Proteinuria</i>
13. <i>Proteinuria</i>	14. <i>Proteinuria</i>	15. <i>Proteinuria</i>	16. <i>Proteinuria</i>
17. <i>Proteinuria</i>	18. <i>Proteinuria</i>	19. <i>Proteinuria</i>	20. <i>Proteinuria</i>
21. <i>Proteinuria</i>	22. <i>Proteinuria</i>	23. <i>Proteinuria</i>	24. <i>Proteinuria</i>
25. <i>Proteinuria</i>	26. <i>Proteinuria</i>	27. <i>Proteinuria</i>	28. <i>Proteinuria</i>
29. <i>Proteinuria</i>	30. <i>Proteinuria</i>	31. <i>Proteinuria</i>	32. <i>Proteinuria</i>
33. <i>Proteinuria</i>	34. <i>Proteinuria</i>	35. <i>Proteinuria</i>	36. <i>Proteinuria</i>
37. <i>Proteinuria</i>	38. <i>Proteinuria</i>	39. <i>Proteinuria</i>	40. <i>Proteinuria</i>
41. <i>Proteinuria</i>	42. <i>Proteinuria</i>	43. <i>Proteinuria</i>	44. <i>Proteinuria</i>
45. <i>Proteinuria</i>	46. <i>Proteinuria</i>	47. <i>Proteinuria</i>	48. <i>Proteinuria</i>
49. <i>Proteinuria</i>	50. <i>Proteinuria</i>	51. <i>Proteinuria</i>	52. <i>Proteinuria</i>
53. <i>Proteinuria</i>	54. <i>Proteinuria</i>	55. <i>Proteinuria</i>	56. <i>Proteinuria</i>
57. <i>Proteinuria</i>	58. <i>Proteinuria</i>	59. <i>Proteinuria</i>	60. <i>Proteinuria</i>
61. <i>Proteinuria</i>	62. <i>Proteinuria</i>	63. <i>Proteinuria</i>	64. <i>Proteinuria</i>
65. <i>Proteinuria</i>	66. <i>Proteinuria</i>	67. <i>Proteinuria</i>	68. <i>Proteinuria</i>
69. <i>Proteinuria</i>	70. <i>Proteinuria</i>	71. <i>Proteinuria</i>	72. <i>Proteinuria</i>
73. <i>Proteinuria</i>	74. <i>Proteinuria</i>	75. <i>Proteinuria</i>	76. <i>Proteinuria</i>
77. <i>Proteinuria</i>	78. <i>Proteinuria</i>	79. <i>Proteinuria</i>	80. <i>Proteinuria</i>
81. <i>Proteinuria</i>	82. <i>Proteinuria</i>	83. <i>Proteinuria</i>	84. <i>Proteinuria</i>
85. <i>Proteinuria</i>	86. <i>Proteinuria</i>	87. <i>Proteinuria</i>	88. <i>Proteinuria</i>
89. <i>Proteinuria</i>	90. <i>Proteinuria</i>	91. <i>Proteinuria</i>	92. <i>Proteinuria</i>
93. <i>Proteinuria</i>	94. <i>Proteinuria</i>	95. <i>Proteinuria</i>	96. <i>Proteinuria</i>
97. <i>Proteinuria</i>	98. <i>Proteinuria</i>	99. <i>Proteinuria</i>	100. <i>Proteinuria</i>

③ *Pterocarya* 4-5
 ④ *D. pinnata* 2-3
 ⑤ *t. liliifolia* 2-3
 ⑥ *D. pinnata* 2-3



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMÍVEL EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	NR DO PROMITÓRIO	DATA
Estenho Ribeiro Costa			03/08/18

CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
TIPO	INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
Abdômen Perna e Pé Direito	14:25	14:45	

EQUIPE MÉDICA		CIRCUENTE	
ANESTESISTA:	RES. ANESTESIA:	INSTRUMENTADOR	
Ubirajara	R-1. Emanuel		
CIRCUENTE			
Edisvalva Isaac			

QNTD.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCTB COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500	
<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 Nº	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
<input type="checkbox"/>	LÂMINA DISTORI Nº 35			FIO CATGUT CROMADO Nº	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO PROLENE Nº	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº			FIO PROLENE Nº	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 01ML		50ml	FIO PROLENE Nº	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 03ML			FIO PROLENE Nº	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML		50ml	FIO PROLENE Nº	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML			FIO PROLENE Nº	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML			FIO PROLENE Nº	
<input type="checkbox"/>			5	OUTROS: Eletrocardiograma	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMÍVEIS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Rebeca Luciano	SUB-TOTAL		
ENCARREGADO/ALCOFOLADO	CIRCUENTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



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

AGNOSTICADO: OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS: HAS DM2

IDADE: 51 LEITO: 201-2 DATA: 03/08/2018

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1: DIETA ORAL LIVRE S/D

2: AVP Mantido

4: CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS 08:15 18:22

7: TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

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

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

10: TRAMAL 100MG + SFC 0,8% 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 06

14: SSVV + CCGG S/S H

15: CURATIVO DIÁRIO Rotina

16: CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS 08:15 18:22

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, RELATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: SEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUZIDA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Oxemiri
 Residente de Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 184.439

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
10 H	108x64	56		36,2
18 H	108x61	67	20	35,2°C
24 H				

Dr. Odinachi Oxemiri
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

for. validados SSVV e administração das medicações C.P.M.

Dr. Odinachi Oxemiri
 Residente de Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 184.439

Testonho.

201.2



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOFEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Leonor Liriana Costa		
DIAGNÓSTICO	Distúrbio de Co. (D)		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	5	LEITO	03
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Monte
3	GEFALOTINA 1G EV 8/8h Ciprobazone 400mg EV 12/12h		12
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		12
5	DIPIRONA 500MG EV 8/8h		SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N		SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		12
10	SSV + CCGG 8/8 H		SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		SN
14	CURATIVO DIÁRIO		12
16	Chondrocin 600mg EV 08/06h		12
18	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		
19			
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Osmar Okemir
Médico Residente
Ortofedista e Traumatologista
CRM/ROR 100.000

SINAIS VITAIS	PA	FC			
6 H	50/60	74			
12 H					
18 H					
24 H					

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOFEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

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

AGNOSTICOMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS HAS DM2

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

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE 500

2 AVP 100ml

4 CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS 50

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 TRAMAL 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 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 50

14 SSVV + CCGG 6/6 H 50

15 CURATIVO DIÁRIO 50

16 CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS 50

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, LÓFL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	TX
12 H	130x80	72	+	36°C
18 H	130x80	66	-	36°C
24 H				

Dr Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12517/R

28/6 ps 134x82 OG ps 130x60
fc 65 pc 55
T 36,2 T 35,8

205-1



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: OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS: HAS: DM2: DATA: 05/08/2018

IDADE: 51 LEITO: 2013 DATA: HORÁRIO:

ITEM: PRESCRIÇÃO: HORÁRIO:

1: DIETA ORAL LIVRE S/N

2: AVP S/N

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: DAPIRONA 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: SSVM + CCGG 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 LETO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

SOLICITADQ:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRP-RR: 8851/R-RR



SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/80	63	20	36°C
18 H	141/89	63	20	36°C
24 H	120/70	62		36°C

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e Traumatologia

6h
 PA: 120/80
 FC: 60
 TR: 36,1°C

205-2

205-1

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

DATA DE ADMISSÃO	28/08/2018	DIH	DN	26/09/1966
------------------	------------	-----	----	------------

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

AGNOSTICAR	OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO
------------	-----------------------------------

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

IDADE	51	LEITO	205-1	DATA	06/08/2018
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	DSND
---	------------------	------

2	AVP	D Manter
---	-----	----------

4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS	D 18
---	----------------------------------	------

7	TFNOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	D 5V
---	---------------------------------	------

5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	D 5V
---	-------------------------	------

9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	D 5V
---	----------------------------	------

10	TRAMAL 100MG + SFS 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	D 5V 18-20
----	---	------------

11	CAPTAPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	D 5V
----	---	------

12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	D 5V
----	-------------------------------------	------

13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	D 5V
----	--	------

14	SSVV + CCGG 6/8 H	D 5V
----	-------------------	------

15	CURATIVO DIÁRIO	D 5V
----	-----------------	------

16	CLITAZIDIMA 2G EV 8/8 HRS	D 18 24-08
----	---------------------------	------------

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, AI:VO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

SOLICITADO:

CONDUÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
---------------	--	--	--

6 H	PA	FC	FR
-----	----	----	----

12 H	150x90	60	20
------	--------	----	----

18 H	151x88	66	20
------	--------	----	----

24 H	140x90	60	-
------	--------	----	---

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, AI:VO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

SOLICITADO:

CONDUÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
---------------	--	--	--

6 H	PA	FC	FR
-----	----	----	----

12 H	150x90	60	20
------	--------	----	----

18 H	151x88	66	20
------	--------	----	----

24 H	140x90	60	-
------	--------	----	---

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, AI:VO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

SOLICITADO:

CONDUÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
---------------	--	--	--

6 H	PA	FC	FR
-----	----	----	----

12 H	150x90	60	20
------	--------	----	----

18 H	151x88	66	20
------	--------	----	----

24 H	140x90	60	-
------	--------	----	---

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, AI:VO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

SOLICITADO:

CONDUÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
---------------	--	--	--

6 H	PA	FC	FR
-----	----	----	----

12 H	150x90	60	20
------	--------	----	----

18 H	151x88	66	20
------	--------	----	----

24 H	140x90	60	-
------	--------	----	---

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, AI:VO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

SOLICITADO:

CONDUÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
---------------	--	--	--

6 H	PA	FC	FR
-----	----	----	----

12 H	150x90	60	20
------	--------	----	----

18 H	151x88	66	20
------	--------	----	----

24 H	140x90	60	-
------	--------	----	---

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, AI:VO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

SOLICITADO:

CONDUÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
---------------	--	--	--

6 H	PA	FC	FR
-----	----	----	----

12 H	150x90	60	20
------	--------	----	----

18 H	151x88	66	20
------	--------	----	----

24 H	140x90	60	-
------	--------	----	---

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, AI:VO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

SOLICITADO:

CONDUÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
---------------	--	--	--

6 H	PA	FC	FR
-----	----	----	----

12 H	150x90	60	20
------	--------	----	----

18 H	151x88	66	20
------	--------	----	----

24 H	140x90	60	-
------	--------	----	---

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

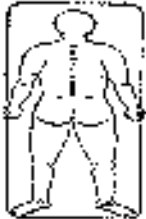



--	--	--	--

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, AI:VO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

SOLICITADO:

Nome: Teotonia Limjano Lita

DATA: 06/10/81 <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região  	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região  
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão - I - II - IV <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma - outra: _____	<input type="checkbox"/> Pressão - I - II - IV <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma - outra: _____	<input type="checkbox"/> Pressão - I - II - IV <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma - outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input 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"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perifoneal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Outros: _____
Cobertura primária (Contato direto na ferida)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outros: _____
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	01/11/81 02/11/81 03/11/81 04/11/81 05/11/81 06/11/81 07/11/81 08/11/81 09/11/81 10/11/81 11/11/81 12/11/81 13/11/81 14/11/81 15/11/81 16/11/81 17/11/81 18/11/81 19/11/81 20/11/81 21/11/81 22/11/81 23/11/81 24/11/81 25/11/81 26/11/81 27/11/81 28/11/81 29/11/81 30/11/81 01/12/81 02/12/81 03/12/81 04/12/81 05/12/81 06/12/81 07/12/81 08/12/81 09/12/81 10/12/81 11/12/81 12/12/81 13/12/81 14/12/81 15/12/81 16/12/81 17/12/81 18/12/81 19/12/81 20/12/81 21/12/81 22/12/81 23/12/81 24/12/81 25/12/81 26/12/81 27/12/81 28/12/81 29/12/81 30/12/81 31/12/81	01/11/81 02/11/81 03/11/81 04/11/81 05/11/81 06/11/81 07/11/81 08/11/81 09/11/81 10/11/81 11/11/81 12/11/81 13/11/81 14/11/81 15/11/81 16/11/81 17/11/81 18/11/81 19/11/81 20/11/81 21/11/81 22/11/81 23/11/81 24/11/81 25/11/81 26/11/81 27/11/81 28/11/81 29/11/81 30/11/81 01/12/81 02/12/81 03/12/81 04/12/81 05/12/81 06/12/81 07/12/81 08/12/81 09/12/81 10/12/81 11/12/81 12/12/81 13/12/81 14/12/81 15/12/81 16/12/81 17/12/81 18/12/81 19/12/81 20/12/81 21/12/81 22/12/81 23/12/81 24/12/81 25/12/81 26/12/81 27/12/81 28/12/81 29/12/81 30/12/81 31/12/81	01/11/81 02/11/81 03/11/81 04/11/81 05/11/81 06/11/81 07/11/81 08/11/81 09/11/81 10/11/81 11/11/81 12/11/81 13/11/81 14

OBS:

085:

Os documentos adotados da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTae, Soluções Programadas.



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

AGNOSTICADO: OSTEOMIELOITE DE PE DIREITO

ALERGIAS:

IDADE: 61 HAS: LEITO: 205-1 DM2: DATA: 07/08/2018

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	S/N
2	AVP	MANUTER
4	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS	28/07/2018
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	28/07/2018
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	28/07/2018
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	28/07/2018
10	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	28/07/2018
11	CAPTODRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	28/07/2018
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	28/07/2018
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	28/07/2018
14	SSVV + CCGG 6/6 H	28/07/2018
15	CURATIVO DIÁRIO	28/07/2018
16	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS	28/07/2018
17		28/07/2018
18		28/07/2018
19		28/07/2018
20		28/07/2018
	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 DLWL, 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:

CONDUZA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

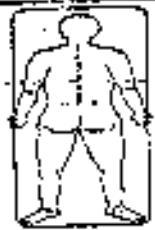

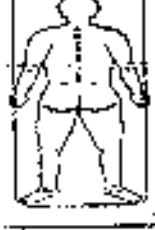
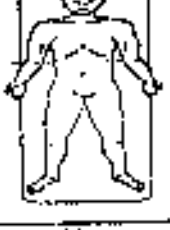
Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 18546/R

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x70	82	-	36.2°C
18 H	104x46	59	-	35.8°C
24 H	100x82	68	-	36.8°C

06/1 132/74 57

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residente De Ortopedia e Traumatologia
 Rua da Silva
 T. 6. em Enfermagem
 CORR-RR 981-91-1

205-1

Nome: Teotônio Supriano Costa	
DATA: 07-08-18 <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: nao  
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Analítica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma natural:	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Localização / Região:  
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> sem escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Analítica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma natural:
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serosossanguíneo	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Olor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo
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"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Carimbo e ass. do. em Enfermagem	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:	



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO: 29/07/2018 DIH: _____ DN: 26/09/1966

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO: OSTEOMIELOITE DE PE DIREITO

ALERGIAS:

HAS

DM2

IDADE

51

LEITO

205-1

DATA

08/08/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

4

CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS

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

11

CAPTAPRIL 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

SSVV + CCGG 6/6 H

15

CURATIVO DIÁRIO

16

CLINDAMICINA 600MG 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 LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

SOLICITADO:

CONDIÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	T
12 H	132/78	64		36.4
18 H	142/93	69		35.6
24 H				

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

10 dias
 Paciente no leito
 em ambiente
 sem queixas físicas
 prestado assistência de enfermagem

18hs por aceitar
 medicações de horários
 com SSu feito sem queixas
 segue aos cuidados da
 enfermeira

205-1



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	OSTEOMIELEITE DE PE DIREITO			
ALERGIAS	HAS DM2			
IDADE	51	LEITO	205-1	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	AVP			MANUTER
4	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS			08 16 24h
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 100MG + SFD, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
11	CAPTAPRIL 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			ROTINA
15	CURATIVO DIÁRIO			
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS			12 18 24h 06
17				
18				
18				
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: BCG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUZA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinechi Okemiri
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	150x85	68		36
18 H	159x89	72		36
24 H	120/75	90		36

Dr. Odinechi Okemiri
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

12h: medicado com e
 verificado os SSVV.

Andressa Seckelt
 COREN-RR 078.937-TE

06H = PA = 132/80; FC = 60; T = 36,5;
 medicamentos do horário
 realizados.

Andressa Seckelt
 COREN-RR 078.937-TE



Acordo de Tratamento das Feridas
Conselho de Enfermagem - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 06

Local de elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 205.2

Nome: <u>Testonias Cipriano</u>		Localização / Região: <u>M.S.O.</u>		DATA: <u>09/08</u>		Localização / Região: <u>M.T.D.P.</u>	
DATA: <u>09/08</u>				DATA: <u>09/08</u>			
<input type="checkbox"/> GRAU - I				<input type="checkbox"/> GRAU - I			
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II				<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II			
Etiologia		<input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença crônica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença crônica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras: _____			
Tamanho da ferida		<input checked="" type="checkbox"/> Comprimento: _____ <input type="checkbox"/> Largura: _____ <input type="checkbox"/> Profundidade: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Comprimento: _____ <input type="checkbox"/> Largura: _____ <input type="checkbox"/> Profundidade: _____			
Aparência do Leito		<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escara <input type="checkbox"/> tecido necrótico		<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escara <input type="checkbox"/> tecido necrótico			
Quantidade da Exsudato		<input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> Úmido, pouco <input type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> Úmido, pouco <input type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante			
Tipo da exsudato		<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo			
Dor		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Odores		<input checked="" type="checkbox"/> Evidente na aproximação da cobertura <input type="checkbox"/> a baixa do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input checked="" type="checkbox"/> Evidente na aproximação da cobertura <input type="checkbox"/> a baixa do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor			
Condição da pele Perifoneal		<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____			
Solução para limpeza		<input checked="" type="checkbox"/> Solução fisiológica 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 0,05% <input type="checkbox"/> Outras: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Solução fisiológica 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 0,05% <input type="checkbox"/> Outras: _____			
Cobertura primária (contato direto no leito)		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de prata <input type="checkbox"/> Outros: <u>Bactran 4g</u>		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de prata <input type="checkbox"/> Outros: <u>Bactran 4g</u>			
Hora do curativo		<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde			
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		<u>Alternado</u>		<u>Alternado</u>			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem		<u>Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem</u>		<u>Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem</u>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		<u>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro</u>		<u>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro</u>			
OBS:				OBS:			

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com úlceras mais lesões, 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: OSTEOMIELEITE DE PE DIREITO

ALERGIAS: HAS DM2

IDADE: 51 LEITO: 205-1 DATA: 10/08/2018

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1: DIETA ORAL LIVRE S.N.D.

2: AVP MANUTENÇÃO

4: CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS 24h

7: TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N 24h

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

9: DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N

10: TRAMAL 120MG + 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: SSVV + CCGG 6/6 H 24h

15: CURATIVO DIÁRIO 24h

16: CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS 24h

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, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAD

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO.

Dr. Odinaclhi Okemiri
 Médico Residente
 Serviço de Ortopedia e Traumatologia
 CRP 188.448

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	65		35,8
18 H	132/87	72	20	36,58
24 H	130/80	62		36,3

Dr. Odinaclhi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

sh realizada novo AVP
 em MSE; Plac nº 20
 regular

10-08-18 12:00m
 Pac. deitado no leito
 consciente, reativo
 medicações em uso
 4-16 e 500V O.P.V.

Dr. Odinaclhi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

205.1



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

AGNÓSTICA: OSTEOMIELOITE DE PE DIREITO

ALERGIAS: HAS DM2
 IDADE: 51 LEITO: 205-1 DATA: 11/08/2018

ITEM: PRESCRIÇÃO HORARIO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
4	CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS	
7	TENOXCAM 40 MG EV Q1 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
8	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTAPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAU > 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	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLINDAMICINA 600MG 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 LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTURAÇÕES

EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, 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	-	36,6°C
18 H	152/97	71	-	36,6°C
24 H	140/80	73 bpm	21 bpm	36,2°C

Assinatura do Médico: Odinachi Okemiri
 Assinatura do Enfermeiro: [Assinatura]
 Assinatura do Farmacêutico: [Assinatura]

Ass: 84-110260 m
 T: 36,2°C

Assinatura do Médico: [Assinatura]
 Assinatura do Enfermeiro: [Assinatura]
 Assinatura do Farmacêutico: [Assinatura]

205-1



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



DATA DE ADMISSÃO: 28/07/2018 DIH: DN: 26/03/1966

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO: OSTEOMIELOITE DE PE DIREITO

ALERGIAS: HAS DM2

IDADE: 51 LEITO: 205-1 DATA: 12/08/2018

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 AVP

4 CEFOTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS

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 SSVV + CCGG 6/6 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16 CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS

17

18

19

20

**SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 250-250: 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, LOTF, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinechi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM - 142.118

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x80	64	-	36.3
18 H	120x80	70	-	36.5
24 H	128x90	71	-	36.4

Dr. Odinechi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

06 122x85 75 - 36°C

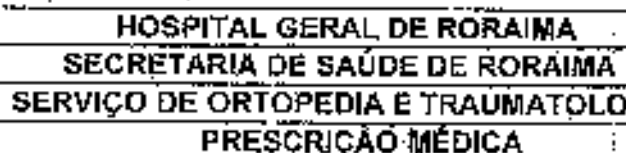
Cirurgião de Mão e Microcirurgia

DATA: 13/08/18

HORA: 4:25

Assinatura: *Odinechi Okemiri*

NO



18-
2025-10-10

Dr Odinechi Okemiri
Residente De Ortopedia u
Traumatologia

5

Divisão da Silva Souza
Téc. em Enfermagem
FONE-AR 982.941-75



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 06

Lista de Indicação
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2013

ENF/LEITO: 205-1

Nome: Tristonio Liguano Costa

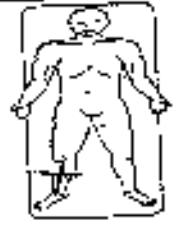
DATA: 13/08/18

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região

M.I.D.

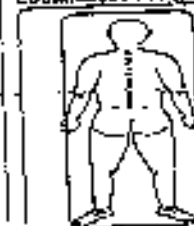


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Varizes ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neurogênica ☐ Prescrição ☐ Trauma ☐ Oculto

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm. Largura _____ cm.
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☒ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ líquido, moderado ☐ molhado, abundante

Cor do exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Não ☐ Sim ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele

Periférica:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 0,5%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outros

Cobertura primária

(Contato direto na lesão)

☒ Soro ☐ Colágeno
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outros Pantenol AG

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da próxima troca:

Em caso de + de 24hs

18/08/18

Carimbo e ass.

Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

OBS:

Maria de Fátima Viana
Auxiliar de Enfermagem
C.R.E.N. 000.000.000

Gessir Soares Costa
Téc. em Enfermagem
C.R.E.N. 000.000.000

01-

02-

OBS:



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: OSTEOMIELOITE DE PE DIREITO

ALERGIAS: HAS DM2

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

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1: DIETA ORAL LIVRE 5:00

2: AVP 12:00

4: CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS 12:00

7: TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N 12:00

8: FLASIL 10MG EV 8/8H S/N 12:00

9: DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N 12:00

10: TRAMAL 100MG + SFO 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA 12:00

11: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG 12:00

12: SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/6 HRS S/N 12:00

13: OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 12:00

14: SSVV + CCGG 8/8 H 12:00

15: CURATIVO DIÁRIO 12:00

16: CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS 12:00

17: 12:00

18: 12:00

19: 12:00

20: 12:00

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: REG, 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	130/70	65	35.6
18 H	120/80	66	36.2
24 H	100/70	64	36.2

Dr. Odinechi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

08 100/70 62

36.2



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					
AGNOSTICOMC PE D					
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM2	
LEITO		205-1		DATA 16/08/2018	
PRESCRIÇÃO					
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				5/10
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				12/10
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				12/10
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				12/10
6	TRAMAL 150MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12/10
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 8/8 H				
12	CEFTAZIDIMA 2G 8/8HR EV				
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8 HR				
14					
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, 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 V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H	134x83	70		36,1
24 H	AGC x 70	58		36,1

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Nome: **Teotônio Cipriano Costa**

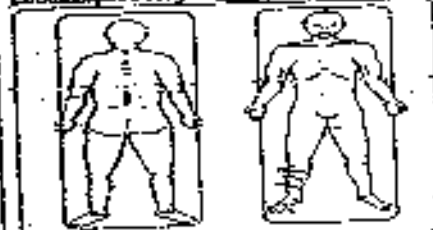
DATA: **17/08/18**

☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região

MED

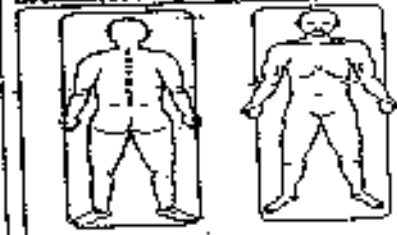


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Quimioterápica ☐ Quirúrgica ☐ Trauma: ☐ Queimadura

Tamanho da Ferida:

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

Aspecto do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com escalo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

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

Tipos de tecido:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

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 ☐ Outras

Preferência:

☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Solução para limpeza

☒ Gaze ☐ Colagenase
☒ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☒ AGE ☐ Outro:

Cobertura primária
(contato direto na lesão)

☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca:
caso de + de 24hs

DIÁRIO

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

01- **Bernice**

02- **Renata**

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

OBS:



Nome:

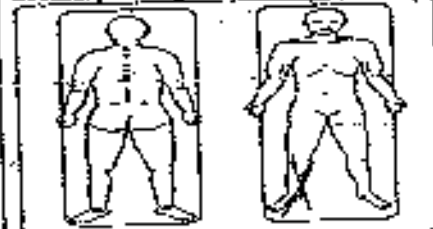
Teodoro Libiano Costa 205-1

DATA: 18-08-18

GRAU - I

GRAU - II 2

Localização / Região

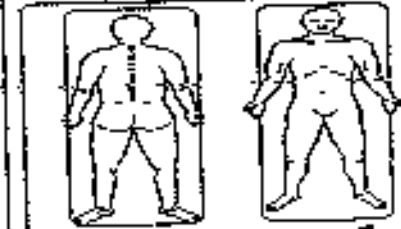


DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☒ Varicose ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra: _____

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura _____ cm

Aparência do Leão:

Profundidade _____ cm

Quantidade de Exsudato

☐ Tecido de granulação ☐ com escabeo
☐ Tecido necrótico

Tipo da exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Sim POUCO ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele Periférica:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras _____

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 0,9%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária (Colada direto ao leão)

☐ Gaze ☐ Colagenase
☒ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: _____

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

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

Diário

Unho e ass. em Enfermagem

01- Rozinilde 02- Lizarche

Catimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

OBS:



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	19/08/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				300
2	AVP				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				29-08-12
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA, S/N				SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				29-08-12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV Q11 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SA
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				on
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	CEFOTAZIDIMA 2G 8/8HR EV				
14	CLINDAMICINA 600MG 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, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEÚICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITAÇÃO:

CONDUZA:

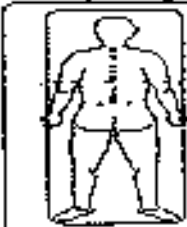
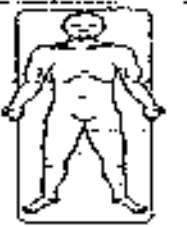
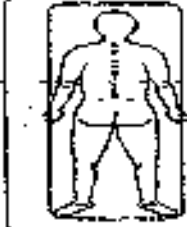

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	115 x 79	62	-		Residente de Ortopedia e
18 H	126 x 60	58			Traumatologia
24 H	130 x 70	70			

Dr. Fernando P. P. P.
 Assistente de Ortopedia e Traumatologia

28

Nome: <u>Tec. Lúcia Ripariano Costa</u>		Localização / Região: <u>M.I.D.</u>		DATA:		Localização / Região:	
DATA: <u>19-08-18</u>					<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> Pressão: I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Distal <input type="checkbox"/> oncosupratóica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____			<input type="checkbox"/> Pressão: I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Distal <input type="checkbox"/> oncosupratóica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____			
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm			Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm			
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escudo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico			<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escudo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara			
Q. Estado de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante			<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante			
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo			<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo			
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não			
Odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor			<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor			
Condição da pele Perifoneal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mequerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mequerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____			
Solução para Empesa	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde			<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde			
L. Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>diária</u>						
C. Voto e ass. Téc. em Enfermagem	01- _____ 02- _____			01- _____ 02- _____			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<u>Rogério Augusto Romão</u> Téc. Enfermagem COREN-RR nº 25.105			<u>Roberta Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR nº 53.584			
OBS:				OBS:			



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		DATA	
		205-1		20/08/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO:				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5ND
2	AVP				MANUTER
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				12 18 24 06
4	TENOXICAM 40 MG EV D1 X DIA S/N				SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				12 18 24 06
6	TRAMAL 100MG - SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				7 5ND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	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 + CCGG 8/8 H				ROTINA
13	CEFTAZIDIMA 2G 8/8HR FV				12 18 24 06
14	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6 HR				12 18 24 06
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 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: REG, LOIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	118x33	60	—	36.6
12 H	150x100	60	20	36.2
18 H	154x80	66	—	35.8°C
24 H	120x80	63	—	36.0

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2019

GEITE SEGURADORA S/A
 Av. Carlos M. de Almeida, 443 - Nova Vida - CR

[Handwritten signatures and stamps]
 Residência: 1100 Ortopedia e Traumatologia
 1100 Ortopedia e Traumatologia
 1100 Ortopedia e Traumatologia

[Handwritten initials]



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

REALIZADO - DPMAY
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2019
GENTE SEGURADORA
a. Cópia do Livro de Registro - ROR

PACIENTE Victória Lúcia Costa
ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 26 / 06 / 18 COM
DIAGNÓSTICO DE Lesão de fratura mola L. p. 10

EM 03 / 08 / 18 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Lesão de fratura mola L. p. 10 SENDO

REALIZADO PELO DR. Vitor Pereira E DR. Marcelo Arruda
DE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21 / 08 / 18 ÀS 12:00 EM
ESTADO GERAL SEM QUEIXAS ALGICAS.

ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
GONEL MOTA NO DIA 06 / 09 / 18 ÀS 7:00h COM O
Dr. Paulo

RECOMENDAÇÕES GERAIS:

NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE
NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM (QUANTO) DIA DE
ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.




Dr. Marcos Aguiar
Médico Agente
ROR 1935

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
 ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OMILIO CRUZ	 Polegar Direito 	REGISTRO GERAL 63964	DATA DE EXPIRAÇÃO 24/04/2017
		NOME TEOTÔNIO CIPRIANO COSTA	DATA DE NASCIMENTO 26/09/1966
		RELACÃO ANTÔNIO COSTA	
		NARLENE CIPRIANO	
		NATURALIDADE BOA VISTA - RR	
		DIG. ORIGINAL CERTO NASC 6144 FLS 86-V LIV A-09	
		1 OF BOA VISTA-RR	
		662.986.442-53	
		2 VIA	
		ANADIL ROCHA TRIANI Pessoa Física - Titular	P 1
		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

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

NOME
DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ORG 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
ACC
CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
04953412311

VALIDADE
20/08/2019

1ª HABILITAÇÃO
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
25/08/2014

59564648026
RR207683212

DETRAN-RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
905314502

PROIBIDO PLASTIFICAR
905314502

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2010

SENTE SEGURO
 Av. Costa e Silva, 111, 1º andar, 01011-000



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013812/2019

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)
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

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
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013812/2019

ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento

Teotônio Cipriano Costa
Teotônio 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 - Falsificação Caluniosa e 340 - Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



MT. 42000372



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: 662.986.442-53 Nome completo da vítima: 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 CPF: 662.986.442-53

Profissão: Agricultor Endereço: Rua Manoel Sabino Costa Número: 746 Complemento: _____

Bairro: Barão Cidade: Boa Vista Estado: PR CEP: 69.313-598

E-mail: teotoniocosta.pereira@hotmail.com Tel (DDD): (43) 99117-5393

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 31.123 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: Boa Vista - PR 06.05.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Teotônio Cipriano Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) 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
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 01381272019-AD1
GENTE SEGURADORA S/A

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

1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(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

Bairro: Caranã

Nº: 746

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.



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Carlos Regis Cunha
Data de Impressão: 23/05/2019 09:56
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013812/2019-A01

ASSINATURAS


Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento


Teotônio Cipriano Costa
(Comunicante / Vítima)

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

DAT
23 MAIO 2019
AGENTE DE POLICIA
CONFERIDOR
MAT. 42000372

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Comte João Baccari, 444 - Boa Vista - RR