

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200109105 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA **Data do acidente:** 08/11/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 16/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.  
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO. P2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FÊMUR: PLACA E PARAFUSO). P 27, 135  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFEIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFEIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

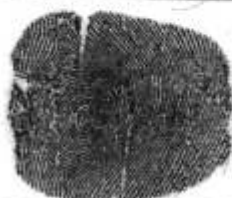
## DANOS

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

239717

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

825.396.343-20

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

Polícia Federalizada do Estado de Roraima

Divisão de Identificação

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

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

RR

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1831225761

NOME  
LOUIZ FELLYPE SANTANA VARELA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA  
5759592 SSP GO

CPF  
754.043.381-72

DATA NASCIMENTO  
11/11/1994

Função  
ANDRÉ LUIS VARELA

MARIA GILVANESE DE  
SOUZA SANTANA

PERMISSÃO  
CONDUZIR

ACC  
CONDUZIR

CAT. NBR  
A.B

NP REGISTRO  
06275206619

VALIDADE  
15/03/2024

PRIMEIRA Emissão  
02/01/2015

OBSERVAÇÕES  
A

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1831225761

*Luiz Fellype Santana Varela*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO  
15/03/2019

SGO GOMES BRAGA  
DIRETOR PRESELENTE  
DETTRAN-RR

03905143516  
RR210069970

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

DETRAN-RR

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco inscrito (a) no CPF 754.043.381-72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luiz Felipe Santana Vaxila inscrito (a) no CPF sob o Nº 754.043-381 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Mixolider da Vítima Luiz Felipe Santana Vaxila, inscrito (a) no CPF sob o Nº 754.043.381 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua CC 18</u>		Número <u>295</u>	Complemento
Bairro <u>Laura Mouro</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.318-085</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>9913-3855</u>

Boa Vista RR, 04 de Março de 2020  
Local e Data

William Gonçalves Franco  
Assinatura do Declarante



Artigo Social do Envelope ENTECO – TUFF 901 biocla  
 da Luda® 18/02/2010 de 2010 de 2010

REF: 28 1512 2B 3C 03?1400

DATE: 11-11-2016 11:25:12

電話：222-1111

... IS ORGANIZATION OF VICTIMS...

FILE 02807819128; FILE 006AB NON-PAYMENT 1 6 77 36 3 12

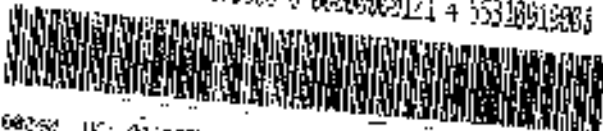
\_\_\_\_\_

3.35 17:14 33.30 8.4E 1E-07 3.84 4.82



Nº da Nota Fiscal 03E47-436 FCAW

3265600002 3 3213975000 8 00000000121 4 55310910000 6



SEQ. 00364 UC: 012353-1 DT LEFT: 1249/2039 F. ENTR.: 07  
LEITUNA: 17/92 NORMAL TOTAL: 282,14 CARGA: 033  
DT. VPM: - 01/11/92



CNPJ: 06.933.877/0001-13  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 26.900.428-3  
RUA HELTON JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 89.306-416



ATENDIMENTO

CAERR

0800 280 9520

Matrícula: 831247

Janeiro/2020

**Dados do Cliente:**

MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

**Endereço para entrega:**

RUA OC 18, NUM. 295 - SENADOR HELIO CAMF  
OS BOA VISTA RR 69317-633

**Inscrição**

001.033.011.0169.000

Rota  
5

Seq.Rota  
1189

Quantidade de Economias  
RESIDENCIAL 1

**Hidrômetro**

NÃO MEDIDO

Data de Instalação

Situação Água  
LIGADO

Situação Esgoto  
POTENCIAL

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m3)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

LEITURA INF.

DT. LEITURA

10

0

**ULTIMOS CONSUMOS**

201912 10-0

201911 10-0

201910 10-0

201909 10-0

201908 10-0

201907 10-0

MEDIA 10

**Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor**

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição  
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 Q.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAL	ELCOLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	109	109	109	109	109
CONFORMES	109	109	109	109	109

**DESCRIÇÃO**

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

23,83

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 12/2019

4,77

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019

0,47

ENCARGO:

15/02/2020

TOTAL A PAGAR

29,07

AVISO: EM 30/11/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039542/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/12/2019 08:06 Data/Hora Fim: 04/12/2019 08:13  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: j 034187 Data: 08/11/2019  
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 08/11/2019 12:35

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: av ene garcez

Bairro: Mecejana

Ponto de Referência: hotel de transito do exercito  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Melo(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Social: 2º SGT PM Nº 47000533

Nome Civil: KARLA GLEICE RENDEIRO ALVARENGA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Policial Militar

Nome da Mãe: -----

Em Serviço: Sim

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: LUIZ FELYPE SANTANA VARELA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Altamira

Sexo: Masculino

Nasc: 11/11/1994

Profissão: Motoboy

Nome da Mãe: MARIA GILVANETE DE SOUSA SANTANA

Nome do Pai: ANDRE LUIS VARELA

Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 754.043.381-72

RG - Carteira de Identidade: 5759592

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV JUIZ MAXIMILIANO TR

Complemento: CASA

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nº: 30

CEP: 69.316-524

Nome Civil: ADRIANA DOS SANTOS MOTA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Portel

Sexo: Feminino

Nasc: 17/10/1982

Profissão: Cabeleireiro



Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger  
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves  
Data de Impressão: 04/12/2019 08:13  
Protocolo nº: Não disponível





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039542/2019-A01

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: CICERA DOS SANTOS MOTA

Em Serviço: Não

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 703.105.722-15

RG - Carteira de Identidade: 182688

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R SEVERINO MINEIRO

Bairro: MECEJANA

Nº: 343

CEP: 69.304-480

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

<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 811.175.822-72	<b>Placa</b> NAY4094
<b>Renavam</b> 01004152121	<b>Número do Motor</b> E3L4E-033486
<b>Número do Chassi</b> 9C6KE1940E0033480	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2014/2014
<b>Cor</b> PRETA	<b>UF Veículo</b> Roraima
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> YAMAHA/YBR125 FACTOR ED
<b>Modelo</b> YAMAHA/YBR125 FACTOR ED	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Última Atualização Denatran</b> 05/05/2014	<b>Situação do Veículo</b> REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
LUIZ FELYPE SANTANA VARELA	Possuidor
<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 198.348.371-00	<b>Placa</b> NUH3017
<b>Renavam</b> 01134801650	<b>Número do Motor</b> CNX105619
<b>Número do Chassi</b> 9BWJL45U9JP005484	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2018/2017
<b>Cor</b> PRATA	<b>UF Veículo</b> Roraima
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> VW/SAVEIRO CD CROSS MA
<b>Modelo</b> VW/SAVEIRO CD CROSS MA	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Última Atualização Denatran</b> 17/11/2017	<b>Situação do Veículo</b> REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
ADRIANA DOS SANTOS MOTA	Possuidor

**RELATO/HISTÓRICO**

Conforme rop em anexo vem relatar que a comunicante 2ª SGT Karla deparou-se com um acidente de trânsito, uma saveiro de placa NUH3017 e uma motocicleta Yamaha Ybr 125 de placa NAY4094, sendo que a saveiro trafegava na avenida forte são Joaquim sentido av Ene Garcez e a motocicleta trafegava na ave ne Garcez sentido aeroporto, momento em que a comunicante desceu de seu veículo particular para prestar os primeiros socorros a Luiz, que estava estendido ao chão na referida avenida, aparentemente inconsciente, manteve contato verbal com o mesmo que não respondia, mais estava





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039542/2019-A01

respirando, populares auxiliaram na assistência a Luiz, até a chegada do senhor Elivaldo da Equipe do Samu, que ia passando pelo local e parou para auxiliar Luiz; Que apresentava lesão corporal na cabeça; Em seguida a Sd Pm Ana Mendonça, também parou para apoiar nas demandas da ocorrência; Que foi acionado o ciops não foi possível deslocar vtr ao local; Foi acionada a perícia e também não foi possível o deslocamento; Que foi acionado o SAMU que prestou socorro a Luiz e o levou ao pronto socorro Francisco Elesbao, A motocicleta Nay4094 ficou bastante danificada, foi guardada no pátio do hotel de transito do exercito, por falta de alternativa, visto que não foi possível acionar o guincho e nem algum familiar de Luiz; Que Adriana não apresentou lesões, informou que estava bem, somente nervosa por causa da colisão; Que o veículo Saveiro NUH3017 também ficou bastante avariada na parte frontal e permaneceu fincado na arvore que colidira; Que após a remoção de Luiz ao pronto socorro foi orientado que seria confeccionado um Rop e encaminhado ao Departamento de Policia; Os pertencer de Luiz (celular Motorola, carteira porta cédulas, óculos de grau, carregador de celular e um molho de ferramentas) foram entregues a sua genitora a Srª Gilvanete (Tel 981262086) no endereço informado por ser a única informação que o mesmo conseguiu prestar momentos depois; É o relato.

ADITAMENTO:

O B.O. EM TELA FOI ADITADO PARA ACRESCENTAR OS DADOS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS NO ACIDENTE; TAMBÉM QUE O CONDUTOR LUIZ COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O FÊMUR DA PERNA ESQUERDA EM TRÊS LUGARES.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia

Matrícula 042000169

Responsável pelo Atendimento

\*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 a quem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do Estado ou DF: \_\_\_\_\_ 2 - CPF do Vítima: 754.043.381-72 3 - Nome completo da vítima: Luiz Felipe Santana Varela

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

4 - Nome completo: Luiz Felipe Santana Varela 5 - CPF: 754.043.381-72  
6 - Profissão: Desenvolvedor 7 - Endereço: R. Luiz Maximiliano Teindade 8 - Cidade: Boa Vista  
9 - Estado: RR 10 - CEP: 69.316-574  
11 - Bairro: Belic Campo 12 - Fone: 9918-3835

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 14 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

13 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 14 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 15 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL (R\$) TITULAR DA CONTA: ☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - CADASTRAMENTO: ☒ BENEFICIÁRIO (CASO INDENIZACÃO) ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO (CASO INDENIZACÃO) ☐ CURADOR (CASO INDENIZACÃO)  
☒ CONTA POUANÇA (somente para bancos abertos em nome de pessoa física)  
☐ Banco do Brasil (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 390503 CONTA: 0002331 6

Autoregistro e seguradora Líder a emitir na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização em favor do Seguro DPVAT, a que eu tenho direito, reconhecendo a dívida, desde que seja antes da efetivação da indenização, quitando total da dívida informada.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não é impossível de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização pelo Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/71), uma vez que:  
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação anexa apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde que, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quando cação nas lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causada por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 19.734.  
Declaro que este autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou confissão da culpa de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da Vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúva ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Outros: \_\_\_\_\_  
24 - Data da morte da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou algum parente: ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixar algum parente, informar nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou algum parente? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou algum parente? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso aprovado, a indenização do Seguro DPVAT somente a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição perante a Seguradora, ainda de que qualquer alteração ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 269 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a cargo): \_\_\_\_\_  
35 - CPF legível de quem assina o pedido (a cargo): \_\_\_\_\_  
36 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo): \_\_\_\_\_  
38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

40 - Local e data: Boa Vista, 22/04 de Março de 2020  
41 - Assinatura da vítima ou beneficiário (se for o caso): Luiz Felipe Santana Varela  
42 - Assinatura do Representante Legal (se for o caso): William Gonçalves  
43 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo): \_\_\_\_\_

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 754.043.381-72 4 - Nome completo da vítima: Luiz Felipe Santana Varela

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

5 - Nome completo: Luiz Felipe Santana Varela 6 - CPF: 754.043.381-72  
7 - Profissão: Servico Gerais 8 - Endereço: Av. Luiz Maximiliano Trindade 9 - Número: 30 10 - Complemento:  
11 - Bairros: B. Lúcio Campos 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-524  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9918-3855

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3905613 CONTA: 000033316 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (nc Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Brasília, 04 de Março de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200109105**

**Vítima: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA**

**Data do Acidente: 08/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003905**

Conta: **000003331-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200109105**

**Vítima: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA**

**Data do Acidente: 08/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

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

**Senhor(a), LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

BANCO: 104


AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000003331-6

---

Nr. da Autenticação 233FA3A1BB0F3049

Justo JVC

	GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL Secretaria do Estado de Saúde Hospital Geral de Porto Alegre - PAAR / PSFE Av. Brasil, 1234 - 91000-000	1ª Classificação: <input type="checkbox"/> Primária <input type="checkbox"/> Secundária <input type="checkbox"/> Terciária		2ª Classificação: <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Terapêutico <input type="checkbox"/> Prognóstico		3ª Classificação: <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Terapêutico <input type="checkbox"/> Prognóstico	
		Vencido: <input type="checkbox"/> Vigente: <input type="checkbox"/> Anulado: <input type="checkbox"/> Vigente: <input type="checkbox"/> Anulado: <input type="checkbox"/>		Vencido: <input type="checkbox"/> Vigente: <input type="checkbox"/> Anulado: <input type="checkbox"/> Vigente: <input type="checkbox"/> Anulado: <input type="checkbox"/>		Vencido: <input type="checkbox"/> Vigente: <input type="checkbox"/> Anulado: <input type="checkbox"/> Vigente: <input type="checkbox"/> Anulado: <input type="checkbox"/>	

1201284210		CR: 120128 13:39:14		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNE 06/09	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
LUIZ PELLYPE SANTANA VARELA		11/11/1994		24 A 11 M 27 D		7500338172		7500338172	
Tipo Doc		Documento		Grado Emisor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE		5759532		ESPICO		14/05/2008		M	
Nome		Endereço		Estado Civil		Religão		Nacionalidade	
MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA		RUA - LUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 --- RR		SOLTEIRO/APARDA		BOA VISTA - RR		BRASILEIRA	
Assinatura		Assinatura		Assinatura		Assinatura		Assinatura	
Assinatura		Assinatura		Assinatura		Assinatura		Assinatura	

Class. de Caso		Plano Convênio		Nº do Optima		Módulo		Atendimento		Sis. Próprio	
ACIDENTE DE MOTO		SUS - SISTEMA UNIDO DE SAÚDE		Profissional de Apoio		Preparação		Tempo		Unidade	
Gravidade		Tipo de Caso		Pré-hospitalar		Pré-hospitalar		Pré-hospitalar		Pré-hospitalar	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL		Pré-hospitalar		Pré-hospitalar		Pré-hospitalar		Pré-hospitalar	

Queixa Principal		Sintomas		Sintomas		Sintomas		Sintomas	
"Queixa de dor"		Sintomas		Sintomas		Sintomas		Sintomas	
Anamnese do Enfermeiro		Gênero		Idade		Idade		Idade	
		100-1234 11-12-13 14-15-16		100-1234 11-12-13 14-15-16		100-1234 11-12-13 14-15-16		100-1234 11-12-13 14-15-16	

Exame Físico: *Exame físico realizado pelo enfermeiro, apresentando sinais de trauma no tórax e abdômen, com dor à palpação.*

História Diagnóstica: *TCC grave*

Exames Complementares: *EXAT - EXAMES COMPLEMENTARES*

Prescrição: *EXAT - EXAMES COMPLEMENTARES*

Observação: *Observação*

Assinatura do Paciente ou Responsável: *Assinatura*

Assinatura do Médico: *Assinatura*

Assinatura do Médico: *Assinatura*

Assinatura do Médico: *Assinatura*

Assinatura do Médico: *Assinatura*

Assinatura do Médico: *Assinatura*



SUS Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.G.R.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Luiz Felipe Santana Varetz

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CEP)

14 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

16 - DATA DE NASCIMENTO

18 - SEXO

20 - TELEFONE DE CONTATO

22 - DATA DE VISTORIA

24 - DATA DE VISTORIA

26 - DATA DE VISTORIA

28 - DATA DE VISTORIA

30 - DATA DE VISTORIA

32 - DATA DE VISTORIA

34 - DATA DE VISTORIA

36 - DATA DE VISTORIA

38 - DATA DE VISTORIA

40 - DATA DE VISTORIA

42 - DATA DE VISTORIA

44 - DATA DE VISTORIA

46 - DATA DE VISTORIA

48 - DATA DE VISTORIA

50 - DATA DE VISTORIA

52 - DATA DE VISTORIA

54 - DATA DE VISTORIA

56 - DATA DE VISTORIA

58 - DATA DE VISTORIA

60 - DATA DE VISTORIA

62 - DATA DE VISTORIA

64 - DATA DE VISTORIA

66 - DATA DE VISTORIA

68 - DATA DE VISTORIA

70 - DATA DE VISTORIA

72 - DATA DE VISTORIA

74 - DATA DE VISTORIA

76 - DATA DE VISTORIA

78 - DATA DE VISTORIA

80 - DATA DE VISTORIA

82 - DATA DE VISTORIA

84 - DATA DE VISTORIA

86 - DATA DE VISTORIA

88 - DATA DE VISTORIA

90 - DATA DE VISTORIA

92 - DATA DE VISTORIA

94 - DATA DE VISTORIA

96 - DATA DE VISTORIA

98 - DATA DE VISTORIA

100 - DATA DE VISTORIA

102 - DATA DE VISTORIA

104 - DATA DE VISTORIA

106 - DATA DE VISTORIA

108 - DATA DE VISTORIA

110 - DATA DE VISTORIA

112 - DATA DE VISTORIA

114 - DATA DE VISTORIA

116 - DATA DE VISTORIA

118 - DATA DE VISTORIA

120 - DATA DE VISTORIA

122 - DATA DE VISTORIA

124 - DATA DE VISTORIA

126 - DATA DE VISTORIA

128 - DATA DE VISTORIA

130 - DATA DE VISTORIA

132 - DATA DE VISTORIA

134 - DATA DE VISTORIA

136 - DATA DE VISTORIA

138 - DATA DE VISTORIA

140 - DATA DE VISTORIA

142 - DATA DE VISTORIA

144 - DATA DE VISTORIA

146 - DATA DE VISTORIA

148 - DATA DE VISTORIA

150 - DATA DE VISTORIA

152 - DATA DE VISTORIA

154 - DATA DE VISTORIA

156 - DATA DE VISTORIA

158 - DATA DE VISTORIA

160 - DATA DE VISTORIA

162 - DATA DE VISTORIA

164 - DATA DE VISTORIA

166 - DATA DE VISTORIA

168 - DATA DE VISTORIA

170 - DATA DE VISTORIA

172 - DATA DE VISTORIA

174 - DATA DE VISTORIA

176 - DATA DE VISTORIA

178 - DATA DE VISTORIA

180 - DATA DE VISTORIA

182 - DATA DE VISTORIA

184 - DATA DE VISTORIA

186 - DATA DE VISTORIA

188 - DATA DE VISTORIA

190 - DATA DE VISTORIA

192 - DATA DE VISTORIA

194 - DATA DE VISTORIA

196 - DATA DE VISTORIA

198 - DATA DE VISTORIA

200 - DATA DE VISTORIA

202 - DATA DE VISTORIA

204 - DATA DE VISTORIA

206 - DATA DE VISTORIA

208 - DATA DE VISTORIA

210 - DATA DE VISTORIA

212 - DATA DE VISTORIA

214 - DATA DE VISTORIA

216 - DATA DE VISTORIA

218 - DATA DE VISTORIA

220 - DATA DE VISTORIA

222 - DATA DE VISTORIA

224 - DATA DE VISTORIA

226 - DATA DE VISTORIA

228 - DATA DE VISTORIA

230 - DATA DE VISTORIA

232 - DATA DE VISTORIA

234 - DATA DE VISTORIA

236 - DATA DE VISTORIA

238 - DATA DE VISTORIA

240 - DATA DE VISTORIA

242 - DATA DE VISTORIA

244 - DATA DE VISTORIA

246 - DATA DE VISTORIA

248 - DATA DE VISTORIA

250 - DATA DE VISTORIA

252 - DATA DE VISTORIA

254 - DATA DE VISTORIA

256 - DATA DE VISTORIA

258 - DATA DE VISTORIA

260 - DATA DE VISTORIA

262 - DATA DE VISTORIA

264 - DATA DE VISTORIA

266 - DATA DE VISTORIA

268 - DATA DE VISTORIA

270 - DATA DE VISTORIA

272 - DATA DE VISTORIA

274 - DATA DE VISTORIA

276 - DATA DE VISTORIA

278 - DATA DE VISTORIA

280 - DATA DE VISTORIA

282 - DATA DE VISTORIA

284 - DATA DE VISTORIA

286 - DATA DE VISTORIA

288 - DATA DE VISTORIA

290 - DATA DE VISTORIA

292 - DATA DE VISTORIA

294 - DATA DE VISTORIA

296 - DATA DE VISTORIA

298 - DATA DE VISTORIA

300 - DATA DE VISTORIA

302 - DATA DE VISTORIA

304 - DATA DE VISTORIA

306 - DATA DE VISTORIA

308 - DATA DE VISTORIA

310 - DATA DE VISTORIA

312 - DATA DE VISTORIA

314 - DATA DE VISTORIA

316 - DATA DE VISTORIA

318 - DATA DE VISTORIA

320 - DATA DE VISTORIA

322 - DATA DE VISTORIA

324 - DATA DE VISTORIA

326 - DATA DE VISTORIA

328 - DATA DE VISTORIA

330 - DATA DE VISTORIA

332 - DATA DE VISTORIA

334 - DATA DE VISTORIA

336 - DATA DE VISTORIA

338 - DATA DE VISTORIA

340 - DATA DE VISTORIA

342 - DATA DE VISTORIA

344 - DATA DE VISTORIA

346 - DATA DE VISTORIA

348 - DATA DE VISTORIA

350 - DATA DE VISTORIA

352 - DATA DE VISTORIA

354 - DATA DE VISTORIA

356 - DATA DE VISTORIA

358 - DATA DE VISTORIA

360 - DATA DE VISTORIA

362 - DATA DE VISTORIA

364 - DATA DE VISTORIA

366 - DATA DE VISTORIA

368 - DATA DE VISTORIA

370 - DATA DE VISTORIA

372 - DATA DE VISTORIA

374 - DATA DE VISTORIA

376 - DATA DE VISTORIA

378 - DATA DE VISTORIA

380 - DATA DE VISTORIA

382 - DATA DE VISTORIA

384 - DATA DE VISTORIA

386 - DATA DE VISTORIA

388 - DATA DE VISTORIA

390 - DATA DE VISTORIA

392 - DATA DE VISTORIA

394 - DATA DE VISTORIA

396 - DATA DE VISTORIA

398 - DATA DE VISTORIA

400 - DATA DE VISTORIA

402 - DATA DE VISTORIA

404 - DATA DE VISTORIA

406 - DATA DE VISTORIA

408 - DATA DE VISTORIA

410 - DATA DE VISTORIA

412 - DATA DE VISTORIA

414 - DATA DE VISTORIA

416 - DATA DE VISTORIA

418 - DATA DE VISTORIA

420 - DATA DE VISTORIA

422 - DATA DE VISTORIA

424 - DATA DE VISTORIA

426 - DATA DE VISTORIA

428 - DATA DE VISTORIA

430 - DATA DE VISTORIA

432 - DATA DE VISTORIA

434 - DATA DE VISTORIA

436 - DATA DE VISTORIA

438 - DATA DE VISTORIA

440 - DATA DE VISTORIA

442 - DATA DE VISTORIA

444 - DATA DE VISTORIA

446 - DATA DE VISTORIA

448 - DATA DE VISTORIA

450 - DATA DE VISTORIA

452 - DATA DE VISTORIA

454 - DATA DE VISTORIA

456 - DATA DE VISTORIA

458 - DATA DE VISTORIA

460 - DATA DE VISTORIA

462 - DATA DE VISTORIA

464 - DATA DE VISTORIA

466 - DATA DE VISTORIA

468 - DATA DE VISTORIA

470 - DATA DE VISTORIA

472 - DATA DE VISTORIA

474 - DATA DE VISTORIA

476 - DATA DE VISTORIA

478 - DATA DE VISTORIA

480 - DATA DE VISTORIA

482 - DATA DE VISTORIA

484 - DATA DE VISTORIA

486 - DATA DE VISTORIA

488 - DATA DE VISTORIA

490 - DATA DE VISTORIA

492 - DATA DE VISTORIA

494 - DATA DE VISTORIA

496 - DATA DE VISTORIA

498 - DATA DE VISTORIA

500 - DATA DE VISTORIA

502 - DATA DE VISTORIA

504 - DATA DE VISTORIA

506 - DATA DE VISTORIA

508 - DATA DE VISTORIA

5



# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - **HC**

Em Boa Vista, Felipe Santana Silva, Clínico

Sua informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) - (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de transferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda.

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado.

6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordo.

Boa Vista, 21 de Novembro de 2019.

Assinatura do paciente: Felipe Santana Silva

Responsável:

1) Assinatura: Ingrid Raquel P. Araújo

Nome Ingrid Raquel P. Araújo

CPF: 029.445.632-06

Grav de Parentesco: Mãe

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendem o que expliquei.

Boa Vista, 21 de 11 de 2019. Hora: 19:30

Nome Completo:

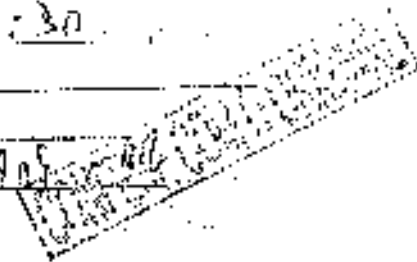
Assinatura do Médico:

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

Dr. Felipe Santana Silva  
Clínico

CRM

1905





# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 20/11/19  
PACIENTE: Luiz Felipe S. Velloso, DN: 21/11/97  
DIAGNOSTICO(S): 1º grau de insuficiência cardíaca

DIH: 21/11/19

KAMBAM: \_\_\_\_\_ Dieta: \_\_\_\_\_  
EXAMES ADMISSORIAIS (DATA: \_\_\_\_\_) Hb: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Ur: \_\_\_\_\_  
Leuc: \_\_\_\_\_ Seg: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_  
Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Ca: \_\_\_\_\_ Cl: \_\_\_\_\_  
HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ PII: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_ PO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_  
EAS: \_\_\_\_\_  
CULTURAS ( / / ): \_\_\_\_\_

IMAGEM: \_\_\_\_\_

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA: \_\_\_\_\_) Hb: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Ur: \_\_\_\_\_  
Leuc: \_\_\_\_\_ Seg: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_ Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_  
Cl: \_\_\_\_\_ HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ PII: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_ PO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_  
EAS: \_\_\_\_\_  
IMAGEM: \_\_\_\_\_

ANTIBIOTICO

USADO: \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIOTICO: \_\_\_\_\_

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: \_\_\_\_\_

TERAPIA INSTITUIDA:

Clonazepam + Sildenafil

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

paciente com clonazepam  
programado para dia 4/12/19  
pelo médico

Hoa Vista 20 de Novembro de 2019 Hora: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Assistente  
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM

CRM

SUS

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

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DESTINATÁRIO

## Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

LUIZ VELLER SAMANA VARELA

4 - DATA DE NASCIMENTO

17/09/1971

5 - NOME DE VÍDEO

ANTONIO GILVANY DE S. SAMANA

6 - NOME DO NEOPROFISSIONAL

7 - ENDEREÇO DO NEOPROFISSIONAL

8 - ENDEREÇO DO PACIENTE

9 - ENDEREÇO DO PACIENTE

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

10 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

AMSC, 24 ANOS, ACID. (ARRO-CARRO)  
 HA 17 DIAS  
 EX FEMUR DIAF (E) NATURAL (AUTOR)

11 - COMENTÁRIOS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AC. ALUNA

12 - EXAMES E RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS E/OU TERAPÊUTICOS DE PROVA REALIZADOS

EX (RADIOLOGIA RADIOLOGICA)

EX FEMUR (E)

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

13 - TIPO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERVALAR

14 - OBJETIVO

CURAR

15 - NOME DO NEOPROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

MARCOS JOSÉ DE OLIVEIRA

26/11/19

DR. ROBERTO J. ALMEIDA

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

16 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

17 - ACIDENTE TRABALHO SIMBOLO

18 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

19 - ACIDENTE OUTRA PRESENCIA

20 - VITIMIZADO

21 - ENTREGADOR

22 - AUTOMÓVEL

23 - VITIMIZADO

24 - VITIMIZADO

## AUTORIZAÇÃO

25 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

26 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27 - DATA DA AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE

28 - ASSINATURA

29 - ASSINATURA DO CONSORCIO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSORCIO

RECEBUEMOS  
 26/11/19



# HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO

NOME: LUIZ FELLY DE SANTANA, UTELA

DATA DE NASCIMENTO: 11/11/34

DATA DE ADMISSÃO: 22/11/83

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: PT PERIÚR (E)

## ADMISSÃO MÉDICA

RDA: MRS, 24 ANOS, S/ CONG. DA ALERGIA? PREVIA  
E (PLISCO) CATEO-MIO DIA 08/11/84  
C. 24 EVIDENCIADO EX PERIÚR PIRE (E)  
PEL VADUENTO C/ DOB LOCAL APOS TRANSFER  
S/ OUTRAS QUEIXAS

HPP: 0 ALERGIAS 0 TUMORES  
0 CUR. PREVIAS

ECTOSCOPIA: REG, LOTE A S A. EVIDENCIADO

ACV: TUM 22 TUM 1/5

AR: MUD 1/2

ABD: MUD 1/2

AVP: BPD, TEL 2 MÉSSE, CARM. LIVRE

CONDUTA (A) AMPLITUDE (B) NOS CONDADOS DE 07

Assinado e Carimbo  
Médico

ASSINATURA E CARIMBO





[illegible]



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNOSTICAR FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	319	DATA	24/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				SN
3	SSF 500ML EV ACM				SN
4	TILATEL 20MG EV 12/12H				SN
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				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	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SN
10	SSVV + CCGG 5/6 H				SN
11	CURATIVO DIARIO SN				SN
14	CIAXANE 40MG SC 1X/DIA				SN
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-230: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI; 351-400: 8UI, 401-450: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DUM/L. GLICOSE ≥ 180 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO  
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES  
 CRM 1048

DR MARCELO MARQUES  
 CRM 1048

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
8 H	90x60	84	-	36.7°C
12 H	90x60	83	-	35.8°C
18 H	90x60	82	-	36.7°C
24 H	91x66	94	-	36.5°C
24 H				

DR MARCUS BRUNNER  
 CRM 1514

Atenção: Não se esquecer  
 de avisar a equipe de  
 enfermagem sobre o  
 tratamento  
 com insulina  
 NUNCA  
 CRM 7.2361

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE



[illegible]

**CONFIDENTIAL**

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

DATA DE ADMISSÃO 21/11/2019 DIH 8/11/2019

PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

DIAGNÓSTICO FX FEMUR ESQUERDO

ALERGIA: NEGA HAS NEGA DM2 NEGA  
 IDADE: 24 LEITO 319 DATA 21/11/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETATORAL LIVRE	SALDO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SN
3	SFO 0.9% 500ML EV	S/N
4	SIMETICONA 40 GTS OU VO 01 COMP VO 8/8H	24 6/6-12
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR NÃO CENSA	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	24 6/6-12
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X DIA EM JEJUM	24 6/6-12
10	SSV + COGG 6/6 H	24 6/6-12
14	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	24 6/6-12
17		
19		
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/L ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	
	SOLUÇÃO MÉDICA:	

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H	127/80	63	-	36.2	1	Dr. Haroldo S. M. Oliveira
12 H						Médico
18 H						FORM-RR 1888
24 H	119/70	80	-	36.5		
24-H						

**CONFERIDO POR**  
**CONFERIDO POR**  
**CONFERIDO POR**







Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - CC

Protocolo nº 1 Versão: 06

Data da Elaboração:  
Fevereiro 2012

Atualizado: Janeiro / 2015

ENE/LEITO: 319

Nome: <u>Luiz Felipe Valera</u>	
Localização / Região: <u>MLE</u>	
DATA: <u>01/02</u>	DATA: <u>01/02</u>
<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II <u>x2</u>	<input type="checkbox"/> GRAU - II
Exatidão: <u>3</u>	Exatidão: <u>3</u>
Tamanho da Ferida:	Tamanho da Ferida:
Profundidade: <u>1</u> cm	Profundidade: <u>1</u> cm
Comprimento: <u>1</u> cm	Comprimento: <u>1</u> cm
Amplitude: <u>1</u> cm	Amplitude: <u>1</u> cm
Aspecto da Ferida:	Aspecto da Ferida:
<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escorço	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escorço
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido necrótico
<input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco	<input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Quantidade de Exsudato:	Quantidade de Exsudato:
<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input checked="" type="checkbox"/> Puntiforme <input type="checkbox"/> Seroso-granuloso	<input checked="" type="checkbox"/> Puntiforme <input type="checkbox"/> Seroso-granuloso
Dor: <u>2</u>	Dor: <u>2</u>
Odor: <u>sem odor</u>	Odor: <u>sem odor</u>
Condição da pele Periférica:	Condição da pele Periférica:
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Rubor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outros
Solução para limpeza:	Solução para limpeza:
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Oxigenina 4% <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Oxigenina 4% <input type="checkbox"/> Outros
Cobertura primária:	Cobertura primária:
<input checked="" type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE	<input checked="" type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE
<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Solução de prata <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Solução de prata <input type="checkbox"/> Outros
Horário do curativo: <u>Manhã</u>	Horário do curativo: <u>Manhã</u>
Data da Próxima Visita: <u>Diário</u>	Data da Próxima Visita: <u>Diário</u>
Em caso de + de 24hs	Em caso de + de 24hs
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro
CRS:	CRS:
CRS:	CRS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Cova Lix, Soluções Programadas.  
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser avaliadas separadamente.

COMISSÃO DE CURATIVO



319

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

DATA DE ADMISSÃO			DIH	DN	
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNOSTICAR	FX FEMUR E				
ALERGIAS	?	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	319	DATA	22/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:30
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				manhã
4	TILATIL 20MG EV 12/12h				18:00
5	DIPIRONA 1G EV 8/8h S/N				SW
6	TRAMAL 100MG + SF 0.0% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SW
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SW
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SW
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SW
10	SSVV + CCGG 6/6 h				SW
12	CURATIVO DIÁRIO S/N				SW
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				SW
15					
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; 401-450: 10 UI E OU GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

REG, EUPNÓICO, NORMOCORADO E HIDRATADO  
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCO BRUNNER  
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	DI	PR	TEMP	
6 H	118 x 61	89	-	+	36.4°C	Resp. DR MARCO BRUNNER
12 H	106 x 60	69	+	+	36.8°C	20/11/2019
18 H	106 x 60	84	+	+	36	
24 H	111 x 60	80	-	+	36.6°C	Resp. - 20/11/2019
24 H						

Exatidão da anamnese, exame físico  
 e exames complementares realizados  
 e interpretação dos resultados

Tatiana Nascimento  
 NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO  
 CRM 1918

319

404  
5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	13/11/2019	DN
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA		
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DIAFISE E		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	401-5	DATA 21/11/2019
ITEM			HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE		24h
2	AVP		24h
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA		24h
4			
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/8H S/N		24h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		24h
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		24h
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN		24h
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		24h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		24h
11	CURATIVO DIÁRIO		24h
12	SSVV + CCGG 6/8H		24h
13	FAZER DESMAME DE SVD		24h
14	RETIRAR SVD		24h
15	AO HC		24h
16			24h
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SG). CONFORME ESQUEMA: 200-260: 2UI; 261-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS # EXAME FÍSICO: BCG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL E # PRE			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	104/69	98	20
18 H			
24 H			
			DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1564 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obs: Colhido material para exames laboratoriais e encaminhado ao laboratório. Verificado os svv.

RECEBUEMOS  
13/11/2019

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

319

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA	
AGNÓSTICO	FX FEMUR E	
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	5h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã
3	SSF 500ML EV ACM	PM
4	TILATEL 20MG EV 12/12H	PM
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H (S/N)	
6	TRANA 100MG + SSF 0.9% EV OL 31 CAP VO DE 8:30 SE COR INJEÇÃO	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E OLI PAD > 110 MMHG	
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X DIA EM JEJUM	
10	SSV + CCOG 8/8 H	
12	CURATIVO DIÁRIO SN	
14	CLAVANE 40MG SC 1X DIA	
15		
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 DI/ML GLICOSE 10% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

BEG, SUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO  
 SEM QUEIXAS E OU INTRICORRÊNCIAS  
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR. MARCELO VARGAS  
 CRM 1918

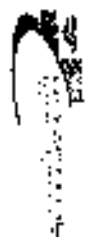
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100/70	78	20	36.2	+0
12 H	90/60	81	-	36.2	
18 H	90/60	78	21	36.7	
24 H	100/60	87	20	36.5	
24 H					

DR. MARCUS BRUNNER  
 CRM 1317

Marcelo S. Lima  
 TCM 150000000  
 CREF 1257-043

Vale a pena  
 Valeriosas as 5.11.18  
 AVAL. DA SPM  
 C. 1257-043

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO  
 12/11/2018



# SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Lucy Helena Vozza

DATA: 24/11/77 SEXO: M IDADE: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ KG

LEITO: 314

ALÉRGICO?

## EXAME FÍSICO DO PACIENTE

## LESÕES

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		DATA	
CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM ( ) NÃO ( )	DATA	
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM ( ) NÃO ( )	DATA	
SONDA NASOBÍNASAL	SIM ( ) NÃO ( )	DATA	
BIÊNIO	SIM ( ) NÃO ( )	DATA	

## DIAGNÓSTICO

1. FENÔMENO DE ALARGAMENTO DE HORMÔNIO 5. PLACENTA EXPULSA 6. EDEMA 7. AVALIAÇÃO

ÚTERO POR PRESSÃO SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: \_\_\_\_\_

CABEÇA DESDOBRADA NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ( ) INCONSCIENTE ( ) SEMI ( ) ALERTA ( ) COMATOZO ( ) DESORIENTADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ( ) INCONSCIENTE ( ) SEMI ( ) ALERTA ( ) COMATOZO ( ) DESORIENTADO

AVULSÃO ( ) RESGATE ( ) NÃO RESGATE ( ) RESGATE ( ) ANISOCÔNICAS ( ) MIDRIATICA

ACUIDADE VISUAL ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA ( ) NORMAL ( ) PRECUBA

VOZ AÉREAS SUPERIORES ( ) PERNAS ( ) DISTRIBUIDAS HIGIENE BUCAIS ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZONÁVEL ( ) PRECUBA

DEB.

TORAX E PULMÕES/ PACIÊNCIA RESPIRATÓRIA

EXPANSÃO ( ) SIM ( ) NÃO ( ) ASSIMÉTRICO

DOIS INSPIRATÓRIOS ( ) SIM ( ) NÃO ( ) BIPULMONAR ( ) DORSAL ( ) DORSAL

PERCUTÂNEO ( ) EUPNEICO ( ) EXPIRATÓRIO ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE ( ) TOSSES ( ) PRECUBA

AUMENTOS VISCUEROS ( ) AUSENTE ( ) PRECUBA ( ) ESTERIL ( ) SILENCIOSO

ROBROS ACUMULADOS ( ) AUSENTE ( ) PRECUBA ( ) ESTERIL ( ) SILENCIOSO

ORÇUNÇÃO ( ) COM DA ELETROCARDIOGRAMA ( ) DESGASTADA ( ) INDEBILITADA ( ) SAUDADE ( ) RUGOSIDADE ( ) CTRICIA

( ) CLONITICA ( ) ACIDOTICA ( ) METABOLICA ( ) HIPERTENSIVA ( ) HIPOTENSIVA

TEMPERATURA DA PELE ( ) NORMAL ( ) HIPERTENSIVA ( ) HIPOTENSIVA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )

PERCUTÂNEO ( ) NORMAL ( ) IRREGULAR ( )

PULSO PERIFÉRICO ( ) NORMAL ( ) IRREGULAR ( )

PULSO CENTRAL ( ) NORMAL ( ) IRREGULAR ( )

LOCAL DO PULSO:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDO ( ) AUMENTADO ( )

AVULSÃO ( ) RESGATE ( ) NÃO RESGATE ( ) RESGATE ( ) ANISOCÔNICAS ( ) MIDRIATICA

ACUIDADE VISUAL ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA ( ) NORMAL ( ) PRECUBA

VOZ AÉREAS SUPERIORES ( ) PERNAS ( ) DISTRIBUIDAS HIGIENE BUCAIS ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZONÁVEL ( ) PRECUBA

DEB.

## DIAGNÓSTICO

( ) RISCO DE INFECÇÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

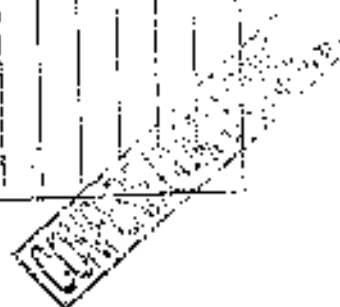
( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

( ) RISCO DE LESÃO

MATRIZ		EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
DATA	HORA	DATA	HORA	DATA	HORA
03	08:00	03	08:00	03	08:00
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 01</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 02</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 03</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 04</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 05</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 06</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 07</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 08</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 09</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 10</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 11</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 12</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 13</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 14</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 15</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 16</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 17</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 18</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 19</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 20</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 21</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 22</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 23</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 24</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 25</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 26</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 27</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 28</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 29</p>	
				<p>ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENF. VASQUEZ</p> <p>DATA: 03/01/2011 HORA: 08:00</p> <p>NOTA: 30</p>	





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

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizado: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 313

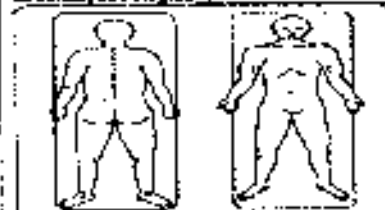
Nome: Luci F. Mendes

DATA:

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região



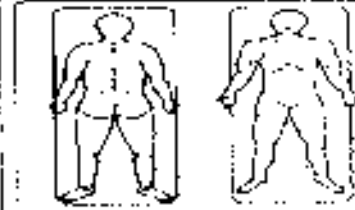
coxa  
esquerda

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão ☐ Queda ☐ Varizes ☐ Infecção ☐ Drenagem  
☒ Amputação ☒ Cirurgia ☐ Trauma ☐ Queimadura

Tamanho da Ferida:

Comprimento: \_\_\_\_\_ cm Largura: \_\_\_\_\_ cm  
Profundidade: \_\_\_\_\_ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com escorço  
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

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

Tipos de exsudato

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento  
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Odor

☐ Evidente na remoção da cobertura ☐ a borda do orifício  
☐ Evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele Periférica:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ Seca ☐ Entarde / Rubor  
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0.9% ☐ Clorexidina 1%  
☒ Clorexidina 4% ☐ Outros

Cobertura primária (contato direto com ferida)

☒ Algin ☐ Colagenase  
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata  
☐ AGS ☐ Outros

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca  
Em caso de + ou - 24 h

Carimbo e Ass.  
Téc. em Enfermagem


[Assinatura]  
CURT-2013-02-06

[Assinatura]  
CURT-2013-02-06

Carimbo e Assinatura  
no Enfermeiro


CCS:

CCS:

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO          DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <u>H.G.R.</u>		
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO PRESTADOR: _____		3 - C.I.E.S.: _____ 4 - C.N.P.J.: _____
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE: <u>Luiz Felipe Santana Vieira</u>		
6 - DATA DE NASCIMENTO: <u>01/01/1964</u>		7 - SEXO: <u>M</u>
8 - NOME DA MÃE: <u>Marlene</u>		9 - N.º DO H.C. (HISTÓRICO CLÍNICO): _____
10 - ENDEREÇO: _____		11 - CIDADE: _____
12 - ESTADO: _____		13 - CEP: _____
14 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: _____		15 - LOCAL DE NASCIMENTO: _____
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b> 16 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS: <u>Paciente em estado de emergência</u>		
17 - EXAMES QUE JUSTIFIQUE A INTERNAÇÃO: <u>Intensivos</u>		
18 - EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE DIAGNÓSTICO (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): _____		
19 - EXAMES DE LABORATÓRIO E EXAMES DE DIAGNÓSTICO (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>Exames de laboratório e exames de diagnóstico realizados</u>		
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> 20 - TIPO DE PROCEDIMENTO: <u>Internação</u>		
21 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		22 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
23 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		24 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
25 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		26 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
27 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		28 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
29 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		30 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
31 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		32 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
33 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		34 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
35 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		36 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
37 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		38 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
39 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		40 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
41 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		42 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
43 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		44 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
45 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		46 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
47 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		48 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
49 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		50 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
51 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		52 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
53 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		54 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
55 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		56 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
57 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		58 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
59 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		60 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
61 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		62 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
63 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		64 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
65 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		66 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
67 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		68 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
69 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		70 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
71 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		72 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
73 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		74 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
75 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		76 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
77 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		78 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
79 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		80 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
81 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		82 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
83 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		84 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
85 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		86 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
87 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		88 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
89 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		90 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
91 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		92 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
93 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		94 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
95 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		96 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
97 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		98 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____
99 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____		100 - CUSTO DO PROCEDIMENTO: _____



Vista 003

	GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA	1ª Classificação	Pacientes	Residência	Participação
	Secretaria de Estado de Saúde		<input type="checkbox"/> Vinte e Nove	<input type="checkbox"/> Vinte e Nove	<input type="checkbox"/> Vinte e Nove
	Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		<input type="checkbox"/> Vinte e Nove	<input type="checkbox"/> Vinte e Nove	<input type="checkbox"/> Vinte e Nove
	Av. Brasília, Edifício Curvelo, 3308		<input type="checkbox"/> Vinte e Nove	<input type="checkbox"/> Vinte e Nove	<input type="checkbox"/> Vinte e Nove
			<input type="checkbox"/> Vinte e Nove	<input type="checkbox"/> Vinte e Nove	<input type="checkbox"/> Vinte e Nove

PR-1154210 08/11/2010 13:33:14 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-11 15

Nome	Nome Completo	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Profissão
JUIZ FELIPE SANTANA VARELA		11/11/1994	24 A 11 M 27 D		75404338172	
Nome Doc	Documento	Órgão Emissão Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	5759502	SSP/GO 14/05/2009	M	SOLTEIRO/APARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe	MARIS CILVANETE DE SOUSA SANTANA			Pai	ANDRÉ LUIS VARELA	
Endereço	RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 39 - + RR				(95) 99157-6808	Ocupação

Class. do Risco	Plano de Cuidado	Nº da Consulta	Validade	Autorização	Sig. Fone.
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Tempo	Paga
ACIDENTE DE TRAFEGO	URGÊNCIA				
Detalhe	Tipo de Chegada	Procedimento Ext.			Registado por
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				ANTONIA SOARES
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintoma de Infecção <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

*Queixa Principal: Queimadura de 1º grau*

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AD 1234 1234 1234 1234 1234 1234 1234 1234	

Atendimento - (HORA DA CONSULTA - 12:30 H)  
*Queixa principal: Queimadura de 1º grau no antebraço direito, causada por contato com água quente. Sem dor, apenas vermelhidão e inchaço leve.*

Exame Físico  
*Lesão: Eritema e edema no antebraço direito, sem dor à palpação.*

Hipótese Diagnóstica  
*Queimadura de 1º grau*

SADT - Exames Complementares  
☒ SANGUE ☐ URINA ☐ LCO ☐ OUTROS

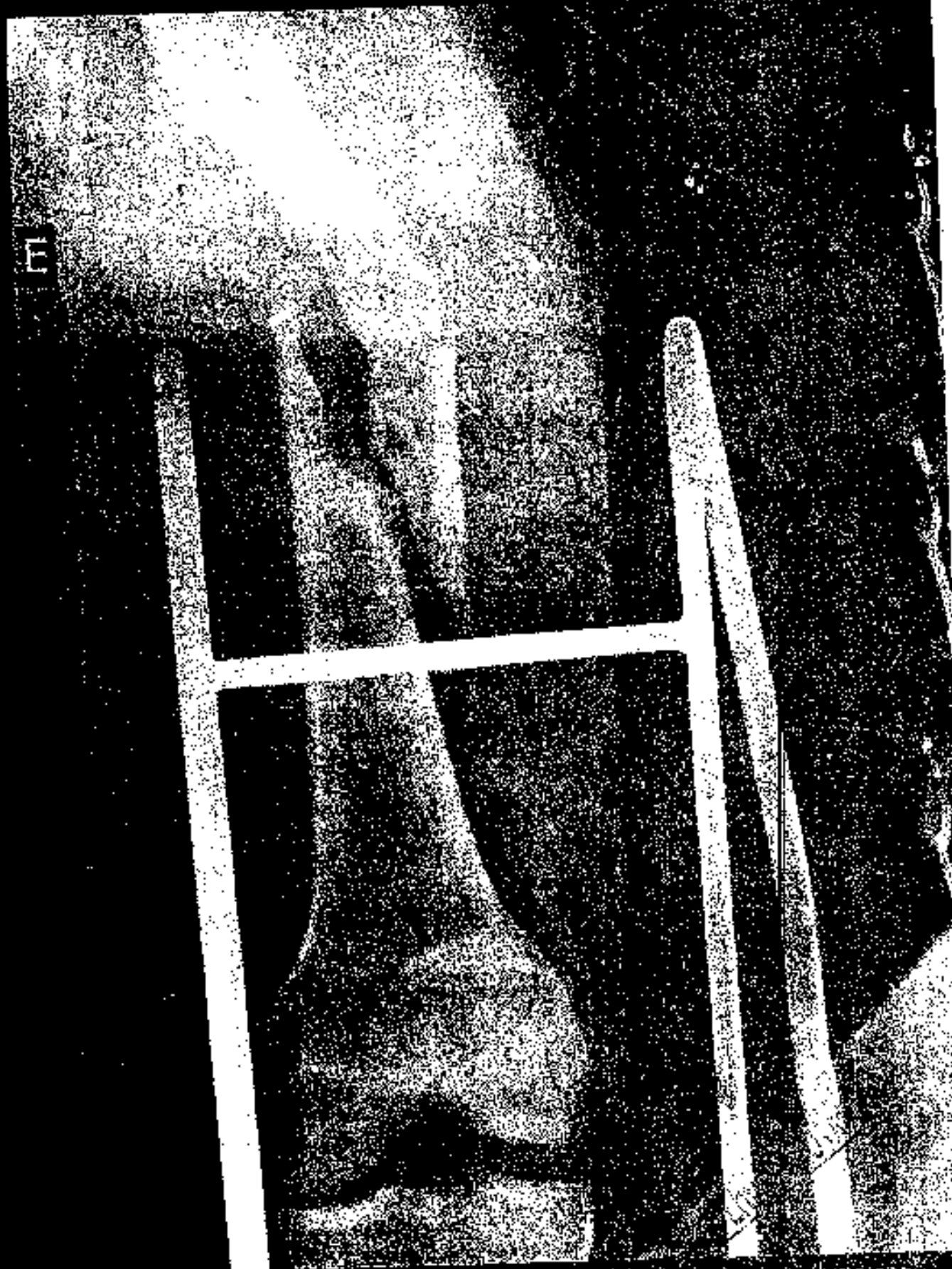
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Tratamento sintomático com analgésico.</i>		
<i>Recomendação de hidratação e proteção da pele.</i>		
<i>Retorno ao pronto-socorro em caso de piora dos sintomas.</i>		
<i>Exame físico realizado pelo enfermeiro, sem alterações.</i>		
<i>Paciente satisfeito com o atendimento.</i>		

Conduta	
<input type="checkbox"/> Alta por Curatela Médica	<input type="checkbox"/> Ambulatório
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)
<input type="checkbox"/> Alta a Resposta	<input type="checkbox"/> Internação
<input type="checkbox"/> Transferência para...	<input type="checkbox"/> Data e Hora da Sessão:

Obito  
Antes da 1ª Aglomeração? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anomalia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável \_\_\_\_\_ Carimbo e Assinatura do Médico \_\_\_\_\_





LUIZ FOLYPE SANTANA VARELA  
HOSPITAL DAS CLINICAS

ID: 2091


Data: 22/11/2019

MARLETO 319

Ima 51611

58

Alta 27/01/2020

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO          DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
---	---------------------------	--

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CYES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCUTANTE

4 - CNES

**BLOCO E**

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO REGISTRO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DO CONTATO

12 - ENDERECO (RUA, Nº, PAÍS)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CIDADE

15 - UF

16 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE LEVAM À INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS OFICIAIS E INVESTIGAÇÕES)

20 - DIAGNÓSTICO

21 - CID INTERNACIONAL

22 - CID DO SECUNDÁRIO

23 - CID DO CAUSAS ASSOCIADAS

RECIBO DE ENTREGA DO LAUDO  
 Av. Eng. Leônidas de Faria, 5711  
 Novo Hamburgo - RS - 91501-900  
**AUTENTICAÇÃO**  
 [Assinatura]  
 [Carimbo]

[Assinatura]  
 [Carimbo]

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLASSE

27 - MOTIVO DA INTERNAÇÃO

28 - OCORRÊNCIA

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/OPF) DO PACIENTE PARA SOLICITAÇÃO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSINANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E IMPRESSÃO DO PROFISSIONAL DO CONSULTÓRIO

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

33 - 1 - AGENTE DE TRÂNSITO

34 - 2 - AGENTE DE TRABALHO

35 - 3 - AGENTE DE TRÂNSITO DO TRAJETO

36 - 4 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

37 - 5 - OUTRO

38 - 6 - OUTRO

39 - 7 - OUTRO

40 - 8 - OUTRO

41 - 9 - OUTRO

42 - 10 - OUTRO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CID DO CBO DO AUTORIZADOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

46 - DOCUMENTO

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E IMPRESSÃO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

AUTHOR INDEX



Unidade Operatória

Luiz Felipe Souza Vasconcelos

Data: 24/01/2010 O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Síndrome de Dupuytren Displasia de Langer (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Ortossintese de Langer + Síndrome de Dupuytren

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Dr. Marcelo Amado 1º AUXILIAR: Dr. Elder

2º AUXILIAR: Dr. Fernando R. INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

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

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

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente com DOR na região anterior,
2. AA + CCE
3. Incisão alongitudinal em cava (E) + de redução por plicar o local posterior + redução cava + colocação de placa
4. DOR 12 arções + parafusos + sutura de cava com
5. de falha anterior de cava lateral + sutura em local
6. posterior + sutura por plicar + arções
7. A R D A

Dr. Elder Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 13.286/68

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
Av. Pasteur, 246 - Maracanã, RJ 21046-900  
Fone: (21) 2512-0620  
FAX: (21) 2512-0620  
E-MAIL: ufpr@ufpr.br  
www.ufpr.br

28 FEB 2010

Codificação: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_









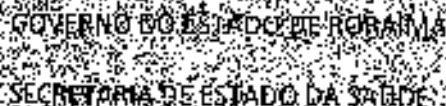




[illegible]







NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Adriana F. Costa	2500	176308	28 / 01 / 2020

TÍPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
Estudo de Suprimento Final - Fim	08:30	10:15	

LAQUÍDICO - Breveteo: Imanes	EQUIPE MÉDICA	
CHUMISCO	ANESTESISTA	D <sup>r</sup> . Roberto + D <sup>a</sup> . J. Lourenço
Ole: macilato Amido	RES. ANESTESIA	
1.9. AURILIZ	INSTRUMENTADOR	

<b>KOH</b>		
<b>HCl</b>	CIRCULANTE	
<b>H<sub>2</sub>O</b>		

TEMPO DE ANESTESIA: <u>10 min</u>	TEMPO DE DURAÇÃO: <u>10 min</u>
-----------------------------------	---------------------------------

[illegible]

MATERIAIS E SERVIÇOS CONSUMIDOS EM 2014	DEBITAR NA CL. DO PACIENTE	VALOR
---	----------------------------	-------

INSUMOS MATERIALES O R.T.O.	INSTRUMENTAL CHIRUR.	MATERIAL MEDICAMENTOS	
			SUB-TOTAL
FUNCIONARIO/CA EN JEFE	INTERPRETE DE SAT.	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
			SOMM
ENVIE ESTE FORMULARIO A CONTABILIDAD			







ANTES DA INDICAÇÃO ANESTÉSICA

# LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDICAÇÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Luiz Felipe Souto, Vitor  
Responsável Cirúrgico: Dr. Marcelo Alderson

Assistente: Marcelo

## ENTRADA: (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMADO:

☒ Identidade

☒ Site Cirúrgico

☒ Procedimento

Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍMPTOMAS

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIFÍCIL, RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

☒ Sim, e equipe médica/sistema disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☐ Não

☒ Sim, e acesso cardiovascular adequado e planejamento para fluidos

Data: 05/05/2020

Assinatura: Marcelo Hora: 08:00

## PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE ASENTARÃO PELO NOME E ALMOÇO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIA, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFEREM VERBALENTE:

☒ Identificação do paciente

☒ Site cirúrgico

☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRÚRGICO:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Ha alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, no uso instrumental, próteses e outros estão presentes e dentro da validade do esterilização (incluindo resultado do feedback). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILOXIA ANTIBIOTICOPROFILAXIA POR REAJUSTADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☒ Sim

Qual: ceftriaxona 2g Hora: 08:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

## SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTINGÊNCIAS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLINDO O NOME DO PACIENTE)

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

4- O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA, O CUSTÓDIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PRECIFICAÇÕES ESSENCIAIS PARA A REGISTRAÇÃO E O MANEJO DESSE PACIENTE

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura: Marcelo - 0731178 Hora: 08:00

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Santana Vitor		601-3	
AGNOSTIC					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	25.01.2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manter
3	SF 0.9% 500ML EV 12/12H				10:20
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				10:20
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				06:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SND
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				14:20
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SND
10	CLINDAMISINA 600MG EV DU VO 8/8H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTORRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E DU PAD > 110 MMHG				
13	SSV + CCGG 3/3 H				Retirar
14	CURATIVO DIÁRIO				Retirar
15	Utinolano 2g EV 12/12H				08:00
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SQ), CONFORME ESQUEMA:  
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10 UI E QU GLICOSE > 70  
 DUML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANSITÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
 NORMOGLAUCO, HIDRATADO.  
 # SOLICITAÇÃO: RX: # CONDIÇÃO: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	90x60	122	16.5°C
24 H	91x61	120	36.4°C

MÉDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

26/01/2020 06:00 PA 122/77 mmHg FC=105 T=35.5°C

12:10 Realizar paciente pós-operatório na região / e mm. Aguarde  
 em observação e aos cuidados da equipe.

15:45- Acompanhar paciente que apresenta dor intensa no  
 membro inferior. Informado ao enfermeiro plantonista.

16:10 Medica realizou troca de curativo selado, gls. foi  
 Satisfatório

Completar  
 Ciente  
 12:45  
 16:00

Dr. Fernando Rezende  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 2007



2023-4



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO

PRONÓSTICO MÉDICO

DATA/HORA	PRONÓSTICO	HORARIO
23/01/2021	Diagnóstico: Infecção urinária	7:30
1	Infecção urinária	7:30
2	Infecção urinária	7:30
3	Infecção urinária	7:30
4	Infecção urinária	7:30
5	Infecção urinária	7:30
6	Infecção urinária	7:30
7	Infecção urinária	7:30
8	Infecção urinária	7:30
9	Infecção urinária	7:30
10	Infecção urinária	7:30
11	Infecção urinária	7:30
12	Infecção urinária	7:30

Tratamento clínico realizado segundo a prescrição

Exame físico	Boa	12h	18h	24h
PA	120/80	130/90	140/90	150/90
FC	72	75	78	80
TA	72	75	78	80
AB	72	75	78	80
Prescrição	SINAIS VITAIS			
Exame físico	SINAIS VITAIS			
PA	SINAIS VITAIS			
FC	SINAIS VITAIS			
TA	SINAIS VITAIS			
AB	SINAIS VITAIS			
Prescrição	SINAIS VITAIS			









**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA READING

Page 10

CONFIDENTIAL

## References

H25

NEG:0

1749

NECA

12505

上下

## WYGLĄD

111

DATE 2013/03/20

2020年11月10日

## DIETARY FIBRE

ACESSO VINCOS.PF.NIFIP.CO

50-953-Sub A-1, 3

DIFFERENTIALS CV 6/21

OPENING OF 4TH TERM: 18th

[illegible]

WKS:FINA-10 MG + 1000L S.D.L.P. - TASC NAO TENHA O NEM

⑤METICONA GOTAS-40 GOTAS VO DE 80 h

145 GOLDFRANCO, HUGO 37 3/4 H 3/4 N

CONFIDENTIAL - SECURITY INFORMATION

APPROXIMATELY 400MG 5W OJ 500MG VO 12/12H

REF ID: A66123

تاریخ: ۱۳۹۷/۰۵/۰۵

	0	1	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
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

SE 2946E JACOBY COUNCILS LUMBER REGULAR 80% CONFORMING GRADE  
20E 290 2PFD 261-300' HUR 301-350' 50M SE 147' HUR 351-400' 10 M/L DU GL COB 35'  
HUR 401-450' 10 M/L DU GL COB 35' HUR 451-500' 10 M/L DU GL COB 35'

EXOTICAN PEDICA

ENCLOSURE PAGE FIVE (2) RELATING TO JAMES BEATH'S CONDUCT AND

FORM 5-750 (REV. 12-1-79)

© 2007 The Authors  
Journal compilation © 2007 Blackwell Publishing Ltd

**H. F. Johnson** **James H. Johnson**

\_\_\_\_\_

WAS: KAS

6	11
---	----

724

184

241 257

ORTOPEDIA E RAQUIMATOLOGIA

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - IIGR

Protocolo nº 1

Paciente: LUIZ FELIPE SANTANA

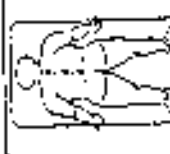

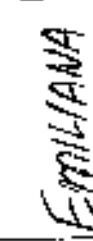

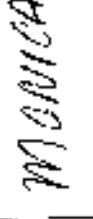

Leito: 603-3

Data: 27/01/2020

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Versão: 08

Localização		Região: <u>FLANCO E</u>		Região: <u>MIE</u>
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> ALPP III III IV <sup>++</sup> ( ) Queimadura ( ) DM ( ) Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> ) III ( ) IV ( ) <input type="checkbox"/> PP I III III IV <sup>++</sup> ( ) Queimadura ( ) DM ( ) Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> PP I III III IV <sup>++</sup> ( ) Queimadura ( ) DM ( ) Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) <input type="checkbox"/> PP I III III IV <sup>++</sup> ( ) Queimadura ( ) DM ( ) Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:
Aparência do Talo	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfáceo ( ) Gramulação ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfáceo ( ) Gramulação ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfáceo ( ) Gramulação ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfáceo ( ) Gramulação ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Periferecional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serososanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serososanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serososanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serososanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Trêça	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:				
Observações:				

FICHA DE REGISTRO DE HEMOCOMPONENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: Luiz Felipe Santana Varela

DATA DE NASCIMENTO: 11/11/94

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA:	<u>25.01.20</u>	Nº BOLSA:		<u>01192.00103021</u>	VOLUME: <u>319ml</u>
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:		_____	_____
PACIENTE:	ABO: <u>A+</u>	FATOR Rh:		_____	_____
SINAIS VITAIS:					
INÍCIO:	<u>10:05</u> h. T. _____	PA:	<u>98/64</u>	P:	<u>101</u> FR <u>20</u>
MEIO (15MIN):	<u>10:20</u> h. T. _____	PA:	<u>100/71</u>	P:	<u>101</u> FR <u>20</u> x.v.
FIM:	<u>10:30</u> h. T. _____	PA:	<u>102/73</u>	P:	<u>109</u> FR <u>20</u> x.v.
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: <u>Susana</u>					COREN: _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: <u>Dr. Pradina</u>					CRM: _____

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA:	____/____/____	Nº BOLSA:		_____	VOLUME: _____
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:		_____	_____
PACIENTE:	ABO: _____	FATOR Rh:		_____	_____
SINAIS VITAIS:					
INÍCIO:	____ h. T. _____	PA:	____	P:	____ FR _____
MEIO (15MIN):	____ h. T. _____	PA:	____	P:	____ FR _____
FIM:	____ h. T. _____	PA:	____	P:	____ FR _____
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: _____					COREN: _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: _____					CRM: _____

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA:	____/____/____	Nº BOLSA:		_____	VOLUME: _____
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:		_____	_____
PACIENTE:	ABO: _____	FATOR Rh:		_____	_____
SINAIS VITAIS:					
INÍCIO:	____ h. T. _____	PA:	____	P:	____ FR _____
MEIO (15MIN):	____ h. T. _____	PA:	____	P:	____ FR _____
FIM:	____ h. T. _____	PA:	____	P:	____ FR _____
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: _____					COREN: _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: _____					CRM: _____

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA:	____/____/____	Nº BOLSA:		_____	VOLUME: _____
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:		_____	_____
PACIENTE:	ABO: _____	FATOR Rh:		_____	_____
SINAIS VITAIS:					
INÍCIO:	____ h. T. _____	PA:	____	P:	____ FR _____
MEIO (15MIN):	____ h. T. _____	PA:	____	P:	____ FR _____
FIM:	____ h. T. _____	PA:	____	P:	____ FR _____
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: _____					COREN: _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: _____					CRM: _____

OBS. ESTA FICHA DEVE FICAR ANEXADA COM A FICHA ANESTÉSICA.

C.E.: L140000010	ESPLNA: PÚBLICO	APRESENTAÇÃO: 02 / 2020	DATA: 24/01/2020
Núm AIH: 142010115026-1	Situação: SEM ERRO	Apresentação: 02/2020	Data Autorização: 21 / 11 / 2019
Especialidade: 03 - CUNCIOS	Origem Emissor: E140033010	CRC:	
Doc autorizador: 080016205683824	Doc med resp: 70320562292192	Doc diretor clínico: 7032056220101159	Doc médico sóf: 70320562292192
CNES: 9472339 - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES			CNS: 70360109794193-0
Paciente: LUIZ FELYPE SANTANA VARELA			Prontuário: 2532
Data nasc.: 11/11/1954	Sexo: MASOULINO	Nacionalidade: 010 - BRASIL	Tipo Doc: Identidade
Responsável pac.: LUIZ FELYPE SANTANA VARELA			Doc: 5725682
Endereço: RUA RUA JULIO MAXIMILIANO TRIN 0000333 CASA Balsa: SENADOR HEUO CAMPOS			Mãe da Mãe: MARIE GILVANE DE SOUSA SANTANA
Município: 130010 - BOA VISTA	UF: RR CEP: 69316-524		Rua/Cor: 03-PARDA Etna: 0000-NAO SE APLICA
Procedimento solicitado: 03.06.01.001.9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA			Telefone: (56)2015-78008 Muda Proc?: NAO
Procedimento principal: 03.06.01.001.9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA			
Diag. principal: T023-FRATURAS ENVOLVENDO REGIOES MULTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR			
Complementar:			Diag. secundário:
Caráter atendimento: 01 - ELETIVO			Diagnóstico:
Data Internação: 21 / 11 / 2019	Data saída: 31 / 12 / 2019	Mot saída: 30 - TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO	Modalidade: HOSPITALAR
Labatório SISAUH01			
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]		AIH Anterior:	AIH Posterior:
CNPJ do Empregador:			
Vínculo Previdência:		CNAER:	
		CEOR:	

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Unid. Procedimento	Documento CBO	CNPJ/CNPJ	Valor Valor	Qtda	Causa	Descrição
1 0001010019	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE
2 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	15	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
3 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	24	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
4 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
5 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
6 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
7 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
8 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
9 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
10 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
11 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
12 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
13 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
14 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
15 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
16 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
17 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
18 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
19 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
20 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
21 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
22 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
23 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
24 0001010170	70320562292192 225125	9472339	9472339	1	11/2019	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO

## CID SEGUNDARIO

CID Descrição

CID PREEXISTENTE

Descrição

Número de Nascidos: Número de Saídas: N° Pré-Natal:

Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

Exceção com a Portaria SASMS Nº 02 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de 1995, Seção 1, p. 12996, uma vez que a referida Portaria não se aplica no presente caso.

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 de 1995

Ass:



# AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIIH

Protocolo 00002533	Data Internação 21.11.19	Data da Saída 31.12.19
Número da AIIH: 142010115028-1		
Enfermagem 3 B 330		

Dados do Paciente			
Estabelecimento Executante HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO RODRIGUES - HC		CNEC 9472398	
Nome do Paciente LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA			
Cartão do SUS 703001060941330	Data de Nascimento 11/11/1994	SEXO 1 - Masculino	Raça/Cor PARDA
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Identidade - 5799502		Nacionalidade BRASILEIRA	
Nome da Mãe MARIS GILVANETE DE SOUSA SANT			
Nome do Responsável LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA		Fone p/ Contato (95) 99157-8808	
Endereço RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE		Número 30	Bairro SENADOR HELIO CAMPOS
Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP 69.315-524

Dados da Internação	
CPF Médico Sol - CRM 1888	Médico Solicitante Haroldo
Procedimento Solicitado 0308010019	Procedimento Principal
Esp. C. Int. CID P. CID S. CID CA. CID S.	
Em caso de Parto: Nasc. Vivo ( ) Nasc. Morto ( ) Alta ( ) Trans. ( ) Outro ( )	

Procedimentos Realizados									
Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ops	CPF/CNPJ	CRM	OBO	QNT	CUTI	
01	7		20	2	1888		1		
02	7		31	1	1917		15		
03	7		44	1	1918		24		
04	7		213	2	463		1		
05	1	0401010019	28	7	36083		3		
06	1	11	29	1	1916		1		
07	1	11	37	1	35017		1		
08	1	11	41	1	90156		2		
09	1	11	109	2	34995		8		
10	1	11	16	2	14648		1		
11	57		953	2	201911	12	8		
12	57		45	1	201912	12	29		
13									
14									
15		327	1						

Autorização			
Nome Médico Autorizador Ronam Pacheco da Carvalho		Data Autorização 11/11/2019	CPF Autorizador 768.264.736-15
Nome do Médico Auditor		Data Auditoria 11/11/2019	CNS Auditor 898.0007.5018.1917

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/09/2020

Ass: [Assinatura]



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - UNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

LUIZ FELIPE SANTANA VARELA

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

9 - RAÇA/COR

10 - NOME DA MÃE

MARIS GILVANE DE S. SANTANA

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IEGE MUNICIPAL

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

MASC, 21 ANOS, ACID. (ARTRO-ALTO)  
HÁ 13 DIAS

EX FEMUR DIAF (E) - AGRAVADO  
(RUTGIG)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AG. ALUNA

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

EX (RUTGIG) RADIOLOGICO

EX FEMUR (E)

20 - CID 10 PRINCIPAL

21 - CID 10 SECUNDÁRIO

22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

FRATURAS

24 - GRUPO DO PACIENTE (EMERGÊNCIA)

25 - CLÍNICA

26 - CAMPELO DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

VAROLOS SANTOS OLIVEIRA

21/11/19

Dr. Henrique M. Oliveira

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

32 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

34 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAVEJO

35 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - EMPREGADOR

3 - AUTÔNOMO

4 - DESEMPREGADO

5 - APOSENTADO

6 - NÃO SEQUENCIADO

36 - 1 - CNPQ DA SEGURADORA

37 - 1 - CNPJ EMPRESA

38 - 1 - CNES DA EMPRESA

39 - 1 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - EMPREGADOR

3 - AUTÔNOMO

4 - DESEMPREGADO

5 - APOSENTADO

6 - NÃO SEQUENCIADO

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

41 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

42 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - DOCUMENTO

1 - CNS

2 - CPS

44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1 - 1

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Henrique M. Oliveira

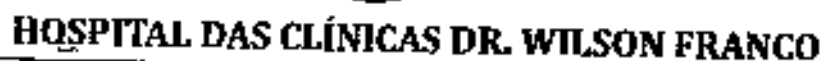
CRM-MR 1475

0308 01 0019

T023

11/02/2000  
Guass





HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: PT- PERMUT (E)

### ADMISSÃO MÉDICA

CONDUCTA (9) <sup>1</sup> ANALGESIA (7) AOS CURTADO 06-07.

Dr. Harold S. M. Oliveira  
Medico  
1998-1999

ASSINATURA E CARIMBO

CONFERE COM ORIGINAL

27 11 02 0070

Ass: Quoten

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

DATA DE ADMISSÃO 21/11/2019 DIH 8/11/2019

PACIENTE LUIZ FELYPE SANTANA VARELA

GNÓSTI FX FEMUR ESQUERDO

ALERGIA: NEGA HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE 24 LEITO 319 DATA 21/11/2019

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

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

2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SAU
---	--------------------------	-----

3	SFO.9% 500ML EV	SN
---	-----------------	----

4	SIMETICONA 40 GTS OU VO 01 COMP VO 8/8H	S/N
---	---	-----

5	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H	21/11/2019
---	------------------------	------------

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)	S/N
---	----------------------------	-----

8	CAPTAPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	S/N
---	---	-----

9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM	S/N
---	---	-----

10	SSV + CCGG 6/6 H	ROU
----	------------------	-----

14	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	16
----	------------------------	----

15		
----	--	--

16		
----	--	--

17		
----	--	--

18		
----	--	--

19		
----	--	--

20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR	
----	--	--

	(SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI;	
--	---	--

	301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤	
--	---	--

	70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR	
--	---	--

	PLANTONISTA	
--	-------------	--

OLUÇÃO MEDICA:

SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	D E
6 H	87 X 60	68	-	36,2	#
12 H					
18 H					
24 H	114 X 70	80	-	36,5	
24-H					

Dr. Haroldo S. M. Oliveira  
Médico  
CRM-RR 1888

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass:

Guilherme

# SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Adriana F. L. F.

DATA: 21/11/91

SEXO: ( ) M ( ) F

IDADE: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

KG

LEITO: \_\_\_\_\_

HD 319

ALÉRGICO ?

## EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CÂTERES E SONDAS

CÂTER CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
CÂTER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
SONDA VENTIL. SIM ( ) NÃO ( )			
SONDA NASOGÁSTRICA. SIM ( ) NÃO ( )		DATA	
SONDA NASOENTÉRIC. SIM ( ) NÃO ( )		DATA	
DRENOS? SIM ( ) NÃO ( )		QUAL?	

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES



LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPÔSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO  
ULCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: \_\_\_\_\_ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III ( )

CÂTELA PERSONAL NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOZO ( ) DESCONTOCADO  
PAPILAS: ( ) REAGENTES ( ) NÃO REAGENTES ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIÁTICAS  
ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA  
VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PERVAS ( ) OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) DESFAVORÁVEL ( ) PRECÁRIA  
ORS: \_\_\_\_\_

TÓRAX E PULMÕES / APOIO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO  
DOIS INSPIRATORIOS: ( ) SIM ( ) NÃO  
FREQUÊNCIA: ( ) EUPNEICO ( ) TAQUIPNEICO ( ) DISPNEICO  
MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES TOSSES: ( ) AUSENTES ( ) SECAS ( ) EXPECTORAÇÃO  
RUILOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTES ( ) RÓNCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILUS

CIRCULAÇÃO / COR DA PELE / MUCOSAS

( ) HÍDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESHIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PALIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERÍCA  
( ) CIANÓTICA ( ) ACANOTICA ( ) ACROCIANOTICA  
TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORMOTÉRMICA ( ) HIPERTÉRMICA ( ) HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )  
PERCUSSÃO PULSATIL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA  
PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) RÍGIDO  
PULSO: ( ) NORMOTÊNICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE  
LOCAL DO PULSO: \_\_\_\_\_

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDO ( ) AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: ( ) BOM ( ) RUIM ( ) DISTÚRBIO  
IRREGULAR ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES SANGUINOS: ( ) FÉCAL ( ) DISTINTO ( ) TÊNUE ( ) AGUADO ( ) VAS BILIAVEL  
ELIMINAÇÕES / NÚMERO DE FEZES: ( ) 1 ( ) 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 ( )

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

DATA DE ADMISSÃO:		DIH		DN	
PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO FX FEMUR E					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	319	DATA	22/11/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5am
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				manhã
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18h
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N				SW
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SW
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SW
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 180 E/OU PAD> 110 MMMHG				SW
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SW
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SW
12	CURATIVO DIÁRIO SN				SW
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				SW
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO  
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES  
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	DI	PR	TEMP	
6 H	98x61	84	-	+	36.4°C	Resp: DR MARCUS BRUNNER
12 H	90x60	69	+	0	36.8°C	23 Simoes CRM 1917
18 H	90x60	84	+	+	36	
24 H	91x56	80	-	+	36.6°C	Resp: 23 Simoes
24 H						

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Guarner

Notificação Clínica - 22/11/19  
 para avaliação com a equipe,  
 para intercorrências clínicas  
 Tainá Nascimento  
 Nutricionista  
 CRM 2381

Nome: **Quir Felipe Valera**

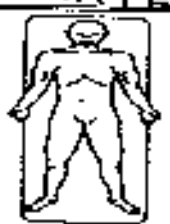
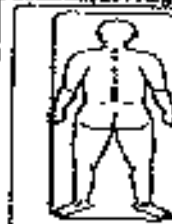
DATA:

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II **x2**

Localização / Região

**M I E**



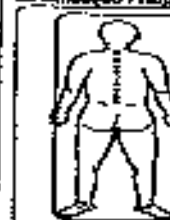
**Trax**

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ Neurotrópica ☐ Quimica ☐ Trauma ☐ Outras

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 ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à 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 (Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase  
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata  
☐ AGE ☐ Outros **neomelina**

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

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

**Diário**

Carimbo e ass.  
Téc. em Enfermagem

01-

02-

Carimbo e Assinatura  
do Enfermeiro

**Carimbo e Assinatura do Enfermeiro**  
**COREN 554.943**

OBS:

OBS:

**CONFIRMAR COM O ENFERMEIRO**

**Em 11/02/2020**

**Ass: Quir Felipe**

# SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Wagner Felipe Varela

DATA: 22/11/18

SEXO: M Nº

IDADE

PESO

KG.

LEITO 319

ALÉRGICO ?

## EXAME FÍSICO DO PACIENTE

### CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL/SM ( )	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO ( )	SIM ( ) NÃO ( )	DATA:	
SONDA NASOEINTestinal: SIM ( ) NÃO ( )	SIM ( ) NÃO ( )	DATA:	
DRUGOST SIM ( ) NÃO ( )	SIM ( ) NÃO ( )	QUAL?	

### IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- PERÍMETRO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO  
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: \_\_\_\_\_ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III ( )

CABEÇA PESCOÇO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA  
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOSO ( ) DESORIENTADO  
PUPILAS: ( ) REAGENTES ( ) NÃO REAGENTES ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIÁTICA  
ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA  
ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA  
VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA  
OBS:

### TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO  
ROR INSPIRATORIA: ( ) SIM ( ) NÃO  
FREQUÊNCIA: ( ) EUPNEÚICO ( ) TAQUIPNEÚICO ( ) BRADIPNEÚICO ( ) DISPNEÚICO  
MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES TOSSSE: ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO  
RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS  
CORUAÇÃO/COZOR DA PELLE/MUCOSAS:  
( ) HIDRATADA ( ) UMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) FAUDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICIA  
( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) MACROCLANÓTICA  
TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORTERMIKA ( ) HIPERTERMICA ( ) HIPOTERMICA

### APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )  
PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA  
PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRITMICO ( ) FILIFORME  
PULSO: ( ) NORMALCARDÍACO ( ) TAQUICARDÍACO ( ) BRADICARDÍACO ( ) AUSENTE  
LOCAL DO PULSO:  
PREQUÊNCIA:

### APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDO ( ) AUMENTADO  
R.M.A: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOME: ( ) FLÁCIDO ( ) DISTENDIDO ( ) RUÍDO ( ) DESMUTRIDO  
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: ( ) NORMAL ( ) DIARRÉIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MILENA

### APARELHO GENITURINÁRIO/DILUIÇÃO

( ) ESPONTÂNEA ( ) ESTIMULADA ( ) CISTOSTOMIA ( ) SVD ( ) LÍMPID ( ) CONCENTRADA

## LESÕES



## DIAGNÓSTICO

- ( ) RISCO DE INFECÇÃO
- ( ) PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- ( ) INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- ( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA
- ( ) ANSIEDADE
- ( ) MEDO
- ( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- ( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO DESQUILIBRADA
- ( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- ( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- ( ) DESORIENTAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- ( ) FADIGA
- ( ) INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE
- ( ) RISCO PARA QUEDAS
- ( ) RISCO PARA LESÃO
- ( ) AUTOESTIMA PERTURBADA
- ( ) DIARRÉIA
- ( ) CONSTIPAÇÃO
- ( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- ( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
- ( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- ( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- ( ) DOR
- ( ) HIPOTERMIA
- ( ) HIPERTERMIA
- ( ) INTEGRIDADE DA PELLE PREJUDICADA
- ( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- ( ) DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- ( ) CONFORTO PREJUDICADO
- ( ) DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO
- ( ) OUTROS:

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- ( ) MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- ( ) REALIZAR CUIDADOS COM VAS
- ( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE
- ( ) MANUTER MONITORIZAÇÃO
- ( ) MANUTER CABECEIRA ELEVADA
- ( ) ASPIRAR VAS /TQT
- ( ) VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
- ( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- ( ) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- ( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
- ( ) MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- ( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE
- ( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR EMINAÇÕES.
- ( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- ( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- ( ) VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
- ( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- ( ) MANUTER JEIUM A PARTIR DAS: H
- ( ) REALIZAR DEXTRO
- ( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÃO
- ( ) ORIENTAR AUTOCUIDADO
- ( ) REALIZAR BANHO NO LEITO
- ( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO
- ( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- ( ) PREPARAR PARA EXAMES EM:
- ( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- ( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- ( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
- ( ) OUTROS

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

319

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE **LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA**

AGNOSTIA **FX FEMUR E**

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

319

DATA

23/11/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

SSF 500ML EV ACM

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

5

DIPIRONA 1G EV 6/6h (S/N)

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CPVQ DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 EXOL PAD > 110 MMMHG

9

OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM

10

SSV + COGG 6/6 H

12

CURATIVO DIÁRIO SN

14

CLAXANE 40MG SC 1X/DIA

15

16

17

18

19

20

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO  
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES

CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100/60	78	20	36.2
12 H	100/70	81	-	36.25
18 H	90/60	78	21	36.7
24 H	100/60	92	20	36.30
24 H				

DR MARCUS BRUNNER

CRM 1917

Valdenir  
 Valdenir dos Santos Oliveira  
 Acad. de Enfermagem  
 COREN-RR SAG. 126

Marcos Brunner  
 CRM 1917  
 Conselho Regional de Medicina  
 COREN-RR SAG. 126

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Suarez



# SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Lucy Felipe Costa

DATA: 23/11/79 SEXO: M ( ) F

IDADE

PESO

LEITO

NO 726

ALÉRGICO ?

## EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			
CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM ( ) NÃO ( )	DATA	
SONDA NASOENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	DATA	
DRENOS	SIM ( ) NÃO ( )	QUAL?	

## IDENTIFIQUE SEUS LESÕES

1- PERIMETRO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPLAÇÃO

ALCEIRA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III ( )

CABEÇA: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOZO ( ) DESORIENTADO

PUPILAS: ( ) REAGENTES ( ) NÃO REAGENTES ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

OUVINDO: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE TÁTIL: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE GUSTATIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE OLFATIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE MOTORA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE REFLEXA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE COORDENADA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE EQUILIBRADA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE ORIENTADA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE DE MEMÓRIA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE DE JUÍZO: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE DE PERSONALIDADE: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE DE SENTIMENTOS: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE DE MOTIVACÃO: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE DE INTERESSE: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE DE ATENÇÃO: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE DE CONCENTRAÇÃO: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE DE DESEMPENHO: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE DE EFICIÊNCIA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE DE PRODUTIVIDADE: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE DE QUALIDADE: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE DE QUANTIDADE: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE DE VALOR: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

## LESÕES

( ) RISCO DE INFECÇÃO

( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

( ) INCAPACIDADE DE MANter

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA

( ) ANSIEDADE

( ) MEDO

( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ

( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO

DESEQUILIBRADA

( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

TERAPÊUTICO

( ) DESOBTURACÃO INEFICAZ DE VIAS

AÉREAS

( ) FADIGA

( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

( ) RISCO PARA Quedas

( ) RISCO PARA LESÃO

( ) AUTONOMIA PERTURBADA

( ) DIARRÉIA

( ) CONSTIPACÃO

( ) RISCO PARA CONSTIPACÃO

( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

( ) COMUNICAÇÃO VERBAL

PREJUDICADA

( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

( ) DOR

( ) HIPOTERMIA

( ) HIPERTERMIA

( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

( ) DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

( ) CONFORTO PREJUDICADO

( ) DÉFICIT CARDÍACO DILATACÃO

( ) OUTROS:

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

( ) MANter VIAS AÉREAS PERVIAS

( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE

( ) MANter MONITORIZAÇÃO

( ) MANter CABEÇA ELEVADA

( ) ASPIRAR VIAS /TOT

( ) VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA

( ) ATENDER PARA Quedas ÁGUAS

( ) ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

( ) MANter ACESSOS VENOSOS PERVIOS

( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE

( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR

ELIMINAÇÕES.

( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA

GAVAGEM

( ) VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA

DIETA

( ) MANter JEIUM A PARTIR DAS

( ) REALIZAR DEXTRO

( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPIRAÇÃO

( ) ORIENTAR AUTOCUIDADO

( ) REALIZAR BANHO NO LEITO

( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO

( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

( ) PREPARAR PARA EXAMES EM

( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

( ) ESTIMULAR DEAMBULACÃO

( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTERFERÊNCIA A

ATIVIDADE FÍSICA.

( ) OUTROS

DATA: 23/11/79

ASSINATURA: Lucy Felipe Costa

PROFISSÃO: Enfermeira

ASSINATURA: Lucy Felipe Costa

PROFISSÃO: Enfermeira





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

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2013

ENE/LEITO: 319

Nome: Luz R. Verde

DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	 Tronco	<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <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"/> oncológica <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 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 do Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo 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"/> 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	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" 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 (Contato direto na lesão)	<input checked="" 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: _____	<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 type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Tsc. em Enfermagem	 02	 01- 02-	
Carimbo e Ass. Enfermeiro	 02	 01- 02-	
OBS:	OBS:		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Corvete, Solitários Programados.  
Os pontos com 02 na linha final, estes devem ser avaliados separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 03 2020

Ass: Silvia

**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE **LUÍZ FELLYPE SANTANA VARELA**

AGNÓSTICO **FX FEMUR E**

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

319

DATA

24/11/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

SAO

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

SAO

3 SSF 500ML EV ACM

SAO

4 TILATIL 20MG EV 12/12H

SAO

5 DAPIRONA 1G EV 6/6H S/N

SAO

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

SAO

7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

SAO

8 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG

SAO

9 OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM

SAO

10 SSVV + CCGG 6/6 H

SAO

12 CURATIVO DIÁRIO SN

SAO

14 CLAXANE 40MG SC 1X/DIA

SAO

15

16

17

18

19

20

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO  
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES  
 CRM 1918

DR MARCELO MARQUES  
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	90/60	84	-	36,2°C
12 H	90/60	73	-	35,8°C
18 H	100/70	82	-	36,7°C
24 H	91/46	84	-	36,5°C
24 H				

DR MARCOS BRUNNER  
 CRM 1917

CONFERE COM ORIGINAL  
 Em 11/03/2020  
 Ass: Guarier

Revisão: 24/11/2019  
 Revisão: 24/11/2019  
 Intervenção: 24/11/2019  
 N.º de registro: 2361

# SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Lucy Louisa ID: 349 ALÉRGICO? ---

DATA: 11/11/92 SEXO: ( ) M ( ) F IDADE: --- PESO: --- KG. LEITO: 349

CONTROLE DE CATERES E SONDAS	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
<p>CATERE CENTRAL: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: DATA: <u>---</u></p> <p>CATERE PERIFÉRICO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: DATA: <u>---</u></p> <p>SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: DATA: <u>---</u></p> <p>SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: <u>---</u></p> <p>SONDA NASOENTRAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: <u>---</u></p> <p>DRENOS? SIM ( ) NÃO ( ) QUAL? <u>---</u></p> <p>IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES</p> <p>2- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEGRADIDADES 5- PRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO</p> <p>INJECÇÃO POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: <u>---</u></p> <p>CABEÇA: PESO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA</p> <p>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <u>---</u> CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) COMATOZO ( ) DESORIENTADO</p> <p>POUPAL: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIÁTICA</p> <p>ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA</p> <p>VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) DESFAVORÁVEL ( ) PRECÁRIA</p> <p>OBES:</p> <p>TORAX: PULMONES: <u>---</u> PNEUMONIAS: <u>---</u> BRONQUITIS: <u>---</u></p> <p>EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO</p> <p>DOES: <u>---</u> SUPLENÇÃO: ( ) SUPLENÇÃO ( ) INADEQUADA ( ) INADEQUADA</p> <p>RESPIRAÇÃO: ( ) SUPLENÇÃO ( ) SUPLENÇÃO ( ) INADEQUADA ( ) INADEQUADA</p> <p>RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) PRESENTE <u>---</u> TOSSES: ( ) AUSENTE ( ) PRESENTE <u>---</u></p> <p>CIRCULAÇÃO: ( ) NORMAL ( ) ANORMAL <u>---</u> PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) FRACO</p> <p>TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORMAL ( ) HIPOTERMIA ( ) HIPERTERMIA ( ) LOCALIZADA ( ) GERALIZADA</p> <p>APARELHO GASTROINTESTINAL: <u>---</u> INGESTÃO: ( ) AUMENTADA ( ) DIMINUIDA ( ) NORMAL ( ) ANORMAL</p> <p>APARELHO CARDIOVASCULAR: <u>---</u> RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) FRACO</p> <p>APARELHO RENAL: <u>---</u> PULSO PERIFÉRICO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) FRACO</p> <p>APARELHO GENITAL: <u>---</u> PULSO: ( ) NORMAL ( ) ANORMAL ( ) FRACO</p> <p>APARELHO ENDÓCRINO: <u>---</u> LOCAL DO PULSO: <u>---</u></p>	<p>( ) RISCO DE INFECÇÃO</p> <p>( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ</p> <p>( ) INCAPACIDADE DE AGIR</p> <p>( ) RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA</p> <p>( ) TROCA GÁSICA PREJUDICADA</p> <p>( ) ANSIEDADE</p> <p>( ) MEDO</p> <p>( ) ENTENDEMENTO INEFICAZ</p> <p>( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO</p> <p>( ) DESQUILIBRADA</p> <p>( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</p> <p>( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ</p> <p>( ) TERAPÊUTICO</p> <p>( ) DESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS</p> <p>( ) FADIGA</p> <p>( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE</p> <p>( ) RISCO PARA Quedas</p> <p>( ) RISCO PARA LESÃO</p> <p>( ) AUTOSTIMULAÇÃO PERTURBADA</p> <p>( ) DIARRÉIA</p> <p>( ) CONSTIPAÇÃO</p> <p>( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO</p> <p>( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO</p> <p>( ) COMUNICAÇÃO VERBAL</p> <p>( ) PREJUDICADA</p> <p>( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO</p> <p>( ) DOR</p> <p>( ) HIPOTERMIA</p> <p>( ) HIPERTERMIA</p> <p>( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</p> <p>( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO</p> <p>( ) DEGRADACÃO PREJUDICADA</p> <p>( ) CONFORTO PREJUDICADO</p> <p>( ) DÉFICIT CARDÍACO LIMITADO</p> <p>( ) OUTROS: <u>---</u></p>	<p>( ) MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS</p> <p>( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS</p> <p>( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>---</u> H</p> <p>( ) MANTER MONITORIZAÇÃO</p> <p>( ) MANTER CABEÇA ELEVADA</p> <p>( ) ASPIRAR VIAS /TOT</p> <p>( ) VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA</p> <p>( ) ATENDER PARA QUEIMAS ALGICAS</p> <p>( ) ATENDER PARA MÂUSEAS E VÔMITOS</p> <p>( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA</p> <p>( ) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS</p> <p>( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>---</u> H</p> <p>( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES</p> <p>( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS</p> <p>( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GASTAGEM</p> <p>( ) VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL</p> <p>( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA</p> <p>( ) MANTER JEIUM A PARTIR DAS: <u>---</u> H</p> <p>( ) REALIZAR CENHO <u>---</u> HORAS</p> <p>( ) ENCAMINHAR AO BAIHO DE ASPIRAÇÃO</p> <p>( ) ORIENTAR AUTO CUIDADO</p> <p>( ) REALIZAR BANHO NO LEITO</p> <p>( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO <u>---</u> H</p> <p>( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO</p> <p>( ) PREPARAR PARA EXAMES EM</p> <p>( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO</p> <p>( ) ESTIMULAR DEAMBULACÃO</p> <p>( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA</p> <p>( ) OUTROS: <u>---</u></p>	

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

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_  
 PACIENTE: **LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA**  
 AGNOSTIC: **FX FEMUR E**  
 ALERGIAS: \_\_\_\_\_ HAS: \_\_\_\_\_ NEGA: \_\_\_\_\_ DM2: \_\_\_\_\_ NEGA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: **319** DATA: **25/11/2019**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	ca
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	membr
3	SSF 500ML EV ACM	18h
4	TYLATIL 20MG EV 12/12H	18h
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N	ca
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	ca
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	ca
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	ca
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM	ca
10	SSVV + CCGG 8/8 H	ca
12	CURATIVO DIARIO SN	ca
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA	ca
15		
16		
17		
18		
19		
20	<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),                      CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;                      351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE                      50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>	

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**


REG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO  
 SEM QUEIXAS E OU INTERCÔRRENCIAS  
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

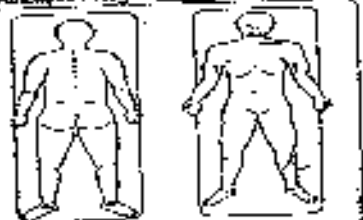

DR MARCELO MARQUES  
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	D	P	E	TEMP
6 H						
12 H	100x70	77	+	0		36,8 c
18 H	100x60	80	+	-		36,7
24 H	100x60	82	+	0		36,7 c
24 H						

DR MARCUS BRUNNER  
 CRM 1917

CONFERE COM ORIGINAL  
 Em 11/02/2020  
 Ass: *[Assinatura]*

	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HC</b>	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		<b>ENF/LEITO:</b> <u>343</u>		

<b>Nome:</b> <u>Leuz Felipe Vasolo</u>			
<b>DATA:</b> <u>20/01/19</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	<b>Localização / Região</b> 	<b>DATA:</b> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	<b>Localização / Região</b> 
<b>Etiologia</b> <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Oculopática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Queimadura Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		<b>Etiologia</b> <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Oculopática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Queimadura Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
<b>Forma da Ferida:</b> <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> sem tecido <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<b>Forma da Ferida:</b> <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> sem tecido <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
<b>Quantidade da Exsudato</b> <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> úmido, abundante		<b>Quantidade da Exsudato</b> <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> úmido, abundante	
<b>Tipo da Exsudato</b> <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		<b>Tipo da Exsudato</b> <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
<b>Dor:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<b>Dor:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<b>Color:</b> <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> sem odor		<b>Color:</b> <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> sem odor	
<b>Condição da pele Periférica:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		<b>Condição da pele Periférica:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	
<b>Solução para limpeza</b> <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Oxidante 6% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<b>Solução para limpeza</b> <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Oxidante 6% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<b>Cobertura primária (Contato direto na lesão)</b> <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Hidrocolóide <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<b>Cobertura primária (Contato direto na lesão)</b> <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Hidrocolóide <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<b>Hora do curativo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<b>Hora do curativo:</b> <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
<b>Data da Próxima troca:</b> Em caso de + de 24hs		<b>Data da Próxima troca:</b> Em caso de + de 24hs	
<b>Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem</b> <b>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro</b> <b>OBS:</b>		<b>Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem</b> <b>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro</b> <b>OBS:</b>	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CovaTec, Software Programat.

Os parâmetros em 02 em quais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

CONFIRMAR COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: Guilherme

# SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Luiz Felipe de Mello

NO

RD

DATA: 25/11/19 SEXO: M (F)

IDADE

PESO

KG

LEITO

319

ALÉRGICO ?

## LESÕES

### EXAME FÍSICO DO PACIENTE

#### CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER	CENTRAL	PERIFÉRICO	VEGITAL	DATA
SIM ( ) NÃO ( )	SIM ( ) NÃO ( )	SIM ( ) NÃO ( )	SIM ( ) NÃO ( )	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM ( ) NÃO ( )	SIM ( ) NÃO ( )	SIM ( ) NÃO ( )	DATA
SONDA NASOENTERAL	SIM ( ) NÃO ( )	SIM ( ) NÃO ( )	SIM ( ) NÃO ( )	DATA
DRUGOS? SIM ( ) NÃO ( )	SIM ( ) NÃO ( )	SIM ( ) NÃO ( )	SIM ( ) NÃO ( )	DATA

#### IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. PRIMITIVO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. SINTOMAS EXPOSTOS - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO  
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: GRAU II GRAU III ( )  
 CABEÇA: PESCOÇO: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ALERTA ( ) COMATOSSO ( ) DESORIENTADO  
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( )  
 PUPILAS: ( ) REAGENTES ( ) NÃO REAGENTES ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIÁTICA  
 ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA  
 VÍDAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRIAS ( ) OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA  
 ODE:

#### TOCAR E PULSOS, PAÍDAO RESPIRAÇÃO

EXPANSÃO: ( ) SINTÉTICO ( ) ASSIMÉTRICO  
 DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM ( ) NÃO  
 FREQUÊNCIA: ( ) EUPNEÚ ( ) TAQUIPNEÚ ( ) BRADIPNEÚ ( ) DISPNEÚ  
 MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) PRESENTE ( ) AUSENTES ( ) TUSSE: ( ) PRESENTE ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO  
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) PRESENTE ( ) ROMBOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS  
 CIRCUNSCRIÇÃO DE PELE/MUCOSAS:  
 ( ) HÍDRATA ( ) ÚMIDA ( ) DESHÍDRATA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PAÍDA ( ) RUBORIZADA ( ) ENTERICA  
 ( ) DERMATITE ( ) URTICÁRIA ( ) JACRODERMATITE  
 TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORMAL ( ) HIPERTERMICA ( ) HIPOTERMICA  
 APARELHO CARDIOVASCULAR:  
 RÍTIMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )  
 PERFUSÃO: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA  
 PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRITMICO ( ) FILIFORME  
 PULSO: ( ) NORMAL ( ) TALQUARDO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE  
 LOCAL DO PULSO: FRONTAL

#### APARELHO GASTROINTESTINAL

ALÍMENTO: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDO ( ) AUMENTADO  
 REGISTRO: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ( ) APENDICITE ( ) FALCIPAL ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) ARQUO ( ) FLÁVEL  
 REGISTRO: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ( ) APENDICITE ( ) FALCIPAL ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) ARQUO ( ) FLÁVEL  
 REGISTRO: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ( ) APENDICITE ( ) FALCIPAL ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) ARQUO ( ) FLÁVEL

#### APARELHO GENITURINÁRIO/DIURÉTICO

URINA: ( ) LIMPIDA ( ) CONCENTRADA ( )  
 REGISTRO: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ( ) APENDICITE ( ) FALCIPAL ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) ARQUO ( ) FLÁVEL  
 REGISTRO: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ( ) APENDICITE ( ) FALCIPAL ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) ARQUO ( ) FLÁVEL

### DIAGNÓSTICO

( ) RISCO DE INFECÇÃO  
 ( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ  
 ( ) INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA  
 ( ) TROCA GASEOSA PREJUDICADA  
 ( ) ANSIEDADE  
 ( ) MEDO  
 ( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ  
 ( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO  
 DESEQUILIBRADA  
 ( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA  
 ( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO  
 ( ) DESCONSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS  
 ( ) FADIGA  
 ( ) INTOLERÂNCIA A ATMOSFERA  
 ( ) RISCO PARA Quedas  
 ( ) RISCO PARA LESÃO  
 ( ) AUTOCRÍTICA PERTURBADA  
 ( ) DIARRÉIA  
 ( ) CONSTIPACÃO  
 ( ) RISCO PARA CONSTIPACÃO  
 ( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO  
 ( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA  
 ( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO  
 ( ) DOR  
 ( ) HIPOTERMIA  
 ( ) HIPERTERMIA  
 ( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA  
 ( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO  
 ( ) DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA  
 ( ) CONFORTO PREJUDICADO  
 ( ) DÉFICIT CARDÍACO DIMINUIDO  
 ( ) OUTROS:

### PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

( ) MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS  
 ( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS  
 ( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 7 H  
 ( ) MANUTER MONITORIZAÇÃO  
 ( ) MANUTER CABEÇA ELEVADA  
 ( ) ASPIRAR VIAS /TOT  
 ( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA  
 ( ) ATENTAR PARA QUEIXAS AÚGICAS  
 ( ) ATENTAR PARA MÂUSEAS E VÔMITOS  
 ( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA  
 ( ) MANUTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS  
 ( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 7 H  
 ( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES  
 ( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS  
 ( ) AVALIAR RISCO GÁSTRICO ANTES DA SUGAGEM  
 ( ) VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL  
 ( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA  
 ( ) MANUTER JEIUM A PARTIR DAS: 7 HORAS  
 ( ) REALIZAR DÉFICIT 7 HORAS  
 ( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPIRAÇÃO  
 ( ) ORIENTAR AUTO CUIDADO  
 ( ) REALIZAR BANHO NO LEITO  
 ( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 7 H  
 ( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO  
 ( ) PREPARAR PARA EXAMES EM:  
 ( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO  
 ( ) ESTIMULAR DEAMBULACÃO  
 ( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA  
 ( ) OUTROS



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

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_  
 PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA  
 AGNÓSTICO: EX FEMUR E  
 ALERGIAS: \_\_\_\_\_ HAS: \_\_\_\_\_ NEGA: \_\_\_\_\_ DM2: \_\_\_\_\_ NEGA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: 319 DATA: 26/11/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	mem
3	SSF 500ML EV ACM	ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	12/12
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N	20
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	20
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	20
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	20
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM	20
10	SSVV + CCGG 6/6 H	20
12	CURATIVO DIÁRIO SN	20
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA	20
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO  
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES  
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	ES	RD	TEMP
8 H	110/60	-			36,5°C
12 H	130x90	80	+	+	36,8
18 H	80x50	73	+	+	
24 H					
24 H	110/60	75	+	+	36,6°C

DR MARCOS BRUNNER  
 CRM 1917

CONFERE COM ORIGINAL  
 Em 11 / 02 / 2020  
 Ass: Guarany



Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão 06

Data da Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 319

Nome: Luiz Felipe Vende	
DATA: 26/11/19	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	 LIFE traseira
Etiologia	<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"/> Quimica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Aparência do leito:	Profundidade: _____ cm
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com escorço <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Odor:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Cor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Condição da pele Perifoneal:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input checked="" type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor
Solução para limpoza	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colapase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outra: <u>Alfa-1</u>
Data da Próxima troca:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Em caso de 1 de 24hs	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Assinatura e ass. soc. em Enfermagem	01- <u>[Assinatura]</u> 02- <u>[Assinatura]</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- <u>[Assinatura]</u> 02- <u>[Assinatura]</u>
CNS:	OBS:

11/02/2020  
Ass. [Assinatura]



# SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Luiz Felipe Velloso ID:                     

DATA: 26/11/19 SEXO: M ( ) F IDADE:                      PESO:                      KG. LEITO: 319 \* ALÉRGICO?                     

**EXAME FÍSICO DO PACIENTE**

CONTROLE DE CATEREIS E SONDAS		DATA	
CATEREIS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
CATEREIS CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
CATEREIS PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
SONDA NASOINTEGRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
DRENOS	SIM ( ) NÃO ( )	QUAL?	

**LESÕES**

**IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES**

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. PRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO 8. OUTROS

GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III ( )

**CABEÇA PESCOÇO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOSO ( ) DESORIENTADO

PUPILAS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRÍATICA

ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

VOZ AÉRIAS SUPERIORES: ( ) PERVAS ( ) OBSTRuíDAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA

ONS:                     

**TÓRAX E PULMÕES / PADRÃO RESPIRATÓRIO**

EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM ( ) NÃO

FREQUÊNCIAS: ( ) EUPNEÚICO ( ) BRADIPNEÚICO ( ) TAQUIPNEÚICO ( ) DISPNEÚICO

MURMÚROS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES YOSSES: ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO

RUIJOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILLOS

CIRCULAÇÃO / COR DA PELE / MUCOSAS

( ) HÍDRATA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PÁLIDA ( ) RUBORIZADA ( ) XERÍDICA

( ) CÂNDOTICA ( ) ACWÉTICA ( ) PAROXISMÁTICA

TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORTERMICA ( ) HIPOTERMICA ( ) HIPOTERMICA

**APARELHO CARDIOVASCULAR**

RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )

PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FILIFORME

PULSO: ( ) NORMOCÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE

LOCAL DO PULSO:                     

**APARELHO GASTROINTESTINAL**

APETITE: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDO ( ) AUMENTADO

FLUÍDO: ( ) AUSENTE ( ) PRESENTES ( ) ABUNDANTE ( ) FLACIDO ( ) DISTENDIDO ( ) TENSÃO AGUDO ( ) VAS PALPAVEL ( )

ELIMINAÇÕES / INÚMERO DE FEZES

( ) NORMAL ( ) YOGMÉVIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MEGLENA

**APARELHO GENITURINÁRIO / OULRESE**

CONCENTRAÇÃO / URINA

( ) CONCENTRADA ( ) DILuíDA

**ESTADO NUTRICIONAL: ( ) NÚTRIDO ( ) DESNÚTRIDO**

**COMFORTO PREJUDICADO**

( ) DEBITO CARDÍACO DIMINuíDO

( ) OUTROS:                     

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

( ) MANTER VIAS AÉRIAS PERVIAS

( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE                      H

( ) MANTER MONITORIZAÇÃO

( ) MANTER CABECEIRA ELEVADA

( ) ASPIRAR VAS /TOT

( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS

( ) ATENTAR PARA MÚSEAS E VÔMITOS

( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

( ) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVOS

( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE                      H

( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

( ) VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

( ) MANTER JEIUM A PARTIR DAS:                      HORAS

( ) REALIZAR DEXTRO                      HORAS

( ) ENCAMINHAR AO BAMBHO DE ASPERSÃO

( ) ORIENTAR AUTO CUIDADO

( ) REALIZAR BANHO NO LEITO

( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO                      H

( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

( ) PREPARAR PARA EXAMES EN:

( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

( ) ESTIMULAR DEAMBULÇÃO

( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

( ) OUTROS

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE <b>LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA</b>		
AGNÓSTICO	FX FEMUR E	
ALERGIAS	HAS	NEGA
LEITO	338	DM2
DATA	27/11/2019	NEGA

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	OND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MON
3	SSF 500ML EV ACM	ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	S/N
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N	S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	S/N
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM	S/N
10	SSVV + CCGG 8/8 H	S/N
12	CURATIVO DIARIO SN	S/N
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA	S/N
15		
16		
17		
18		
19		
20	<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b> <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b> <b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b> <b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>	

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO  
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO BRUNNER  
 CRM 1918

DR MARCUS BRUNNER  
 CRM 1917

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	F
6 H						
12 H	90x60	70	-	36.8°C	+	6
18 H	100x60	80		37.2	+	4
24 H	100x60	87		36.1	+	10
24 H	100x60	90		36.7°C	+	0

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Quina





Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - IIC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 38 - 335

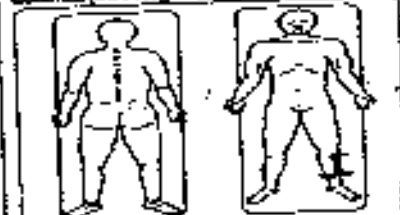
Nome: Leuz Felipe Varela

DATA: 27/11/19

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região



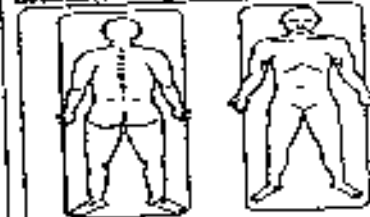
trovão

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

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

Tamanho da Ferida:

Comprimento:        cm    Largura:        cm  
Profundidade:        cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com escorço  
☐ Tecido necrótico

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 Perilesional:

☒ 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

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Justificativa e ass. Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

Jenicley Aguiar Chantim  
Enfermeiro  
114.731 COREN - AM

OBS:

CONFERE COM ORIGINAL

EM 11/02/2020

Ass. [Assinatura]



**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**Serviço de Ortopedia e Traumatologia**  
**Prescrição Médica**

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTICO	FX FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	335	DATA	28/11/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	2ND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MONITOR
3	SSF 500ML EV ACM	ALCA
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	18h
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N	S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU O1 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 180 E/OU PAD> 110 MMMHG	S/N
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM	08h
10	SSVV + CCGG 6/6 H	08h/12h
12	CURATIVO DIÁRIO SN	S/N
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA	18h
15		
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/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

BEG, PUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO  
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D-	E
6 H	102x63	80		36.5	+	+
12 H	100x50	73		36.8 C	+	+
18 H	100x60	73		37.1 C	+	+
24 H	100x60	79		36 C	+	+
24 H						

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

Intenção Clínica:


paciente tolerando bem a dieta,  
nega náuseas e vômitos

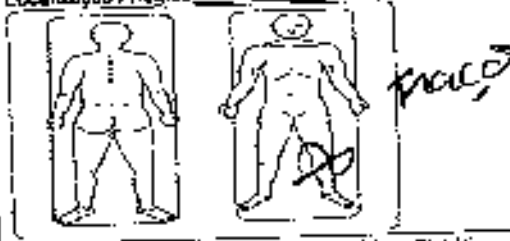

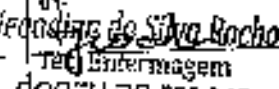
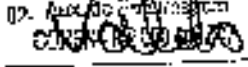
CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: *[Assinatura]*

1902/2020

	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - CC</b>	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2015
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		<b>ENF/LEITO: 335</b>		

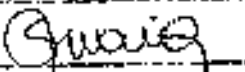
<b>Nome:</b> Luiz Felipe Vasquez		<b>Localização / Região:</b> ME	
<b>DATA:</b> 28/11/19		<b>DATA:</b>	
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
<b>Etiologia:</b>	<input type="checkbox"/> Pressão - I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Trauma Local	<input type="checkbox"/> Pressão - I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Trauma Local	
<b>Tamanho da Ferida:</b>	Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
<b>Aparência do Leito:</b>	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Fibrina	
<b>Quantidade do Exsudato:</b>	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> úmido, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> úmido, abundante	
<b>Tipo do exsudato:</b>	<input checked="" 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	
<b>Dor:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
<b>Odor:</b>	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a cerca 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 cerca do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
<b>Condição da pele Perilesional:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Purido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Purido <input type="checkbox"/> Outras	
<b>Solução para limpeza:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros	
<b>Cobertura primária (Seletos direto na ferida):</b>	<input checked="" 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	<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	
<b>Hora do curativo:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
<b>Data da Próxima troca:</b> Em caso de + de 24hs	Diário	Diário	
<b>Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem</b>	01- 	02- 	03-
<b>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro</b>	Jéssica de Silva Rocha T.E. Enfermagem COREN-RR 551.943		
<b>OBS:</b>			

Obs: encaminhar relatório da Secretaria Municipal de Saúde de Itá Brazuca e Comafec, Software Program.

Os pontos com IIZ na mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: 



# SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME Luiz Felipe D. Carvalho ID 121-100000000

DATA 28/11/19

SEXO: ( ) M ( ) F

IDADE \_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_ KG,

LEITO 335

• ALÉRGICO ? \_\_\_\_\_

## EXAME FÍSICO DO PACIENTE

### CONTROLE DE CATÉTERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SPM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM ( ) NÃO ( )	DATA	
SONDA NASOENTERAL	SIM ( ) NÃO ( )	DATA	
DRENOS?	SIM ( ) NÃO ( )	QUAL?	

### LESÕES



### IDENTIFIQUE SEUS LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: \_\_\_\_\_

CARÊÇA FÍSICO: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: \_\_\_\_\_

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOZO ( ) DESORIENTADO

PUPILAS: ( ) REAGENTES ( ) NÃO REAGENTES ( ) ISOTÓPICAS ( ) ANISOTÓPICAS ( ) MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBTURADAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RASOÁVEL ( ) PRECÁRIA

### TOSSES E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM ( ) NÃO

FREQUÊNCIA: ( ) EUPNEICO ( ) TAQUIPNEICO ( ) BRADIPNEICO ( ) DISPNEICO

MÚLTIPLAS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES

MÚLTIPLOS ADENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONDOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS

CRACKLES/COES DA PELE/MUCOSAS

( ) HÍDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESHIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PALIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERICIA

( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORTERMICA ( ) HIPOTERMICA ( ) HIPERTERMICA

### APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )

PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FILIFORME

PULSO: ( ) NORMOCÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE

LOCAL DO PULSO: \_\_\_\_\_

### APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDO ( ) AUMENTADO

ERUTICAÇÕES: ( ) PRESENTES ( ) ABSENTES

ELIMINAÇÕES: ( ) NORMAIS ( ) ANORMAIS ( ) INCONTINÊNCIA

### APARELHO GENITURINÁRIO/DIURÉTICO

DIURÉTICO: ( ) NORMAL ( ) ANORMAL ( ) INCONTINÊNCIA

### DIAGNÓSTICO

( ) RISCO DE INFECÇÃO

( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA

( ) ANSIEDADE

( ) MEDO

( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ

( ) RISCO PARA ALIMENTAÇÃO

( ) DESQUILIBRADA

( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

( ) DESORIENTAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

( ) FADIGA

( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

( ) RISCO PARA Quedas

( ) RISCO PARA LESÃO

( ) AUTOSTÍMULA PERTURBADA

( ) DIARRÉIA

( ) CONSTIPACÃO

( ) RISCO PARA CONSTIPACÃO

( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

( ) RISCO PARA BRONCO-ASPIRAÇÃO

( ) DOR

( ) HIPOTERMIA

( ) HIPERTERMIA

( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

( ) DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

( ) COMÉDITO PREJUDICADO

( ) DÉFICIT CARIACOS/INTELIGÊNCIA

( ) OUTROS

### PRESERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

( ) MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE \_\_\_\_\_ H

( ) MANTER MONITORIZAÇÃO

( ) MANTER CABECEIRA ELEVADA

( ) ASPIRAR VIAS /TQT

( ) VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA

( ) ATENTAR PARA QUEIMAS AQUELAS

( ) ATENTAR PARA ALÚVEAS E VÔMITOS

( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

( ) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE \_\_\_\_\_ H

( ) DESERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GRAVAGEM

( ) VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

( ) MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: \_\_\_\_\_ H

( ) REALIZAR DENTRO \_\_\_\_\_ HORAS

( ) ENCAMINHAR AO BATHO DE ASPIRÇÃO

( ) ORIENTAR AUTOCUIDADO

( ) REALIZAR BATHO NO LITO

( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO \_\_\_\_\_ H

( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

( ) PREPARAR PARA EXAMES EM:

( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

( ) ESTIMULAR DEAMBULACÃO

( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

( ) OUTROS

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTIC	FX FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	336	DATA	29/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mauk
3	SSF 500ML EV ACM				A.C.M
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18h
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				S/N
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				08h
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Doite
12	CURATIVO DIÁRIO SN				S/N
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				12h
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO.  
 EM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES  
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	Não verificada	deficit	fun	
12 H				
18 H				
24 H				
24 H	Não verificada	deficit	fun	

DR MARCUS BRUNNER  
 CRM 1917

CONFERE COM ORIGINAL  
 Em 11/02/2020  
 Ass: *Quatão*

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

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

PACIENTE: **LUZ FELLYPE SANTANA VARELA**

AGNÓSTICO: **FX FEMUR E**

ALERGIAS: \_\_\_\_\_ HAS: \_\_\_\_\_ NEGA: \_\_\_\_\_ DM2: \_\_\_\_\_ NEGA: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: ~~33~~ DATA: **30/11/2019**

ITEM: \_\_\_\_\_ PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_ HORÁRIO: \_\_\_\_\_

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SV
3	SSF 500ML EV ACM	SV
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	SV
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N	SV
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SV
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SV
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM	SV
10	SSVV + CCGG 6/6 H	SV
12	CURATIVO DIÁRIO SN	SV
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA	SV
15		
16		
17		
18		
19		
20		

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO  
 EM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES  
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				
24 H				

DR MARCOS BRUNNER  
 CRM 1917

*Deficit de fluidos*  
*Deficit de alimentação*  
*Exfer mais um gr*

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: [Assinatura]

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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA		
AGNOSTII: FX FEMUR E		
ALERGIA:	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	335
	DATA	1/12/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	S/N
3	SSF 500ML EV ACM	S/N
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	S/N
5	DIPIRONA 1G EV 6/8H S/N	S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTER	S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
8	CAPTÓPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	S/N
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM	S/N
10	SSV + CCGG 6/8 H	S/N
12	CURATIVO DIÁRIO S/N	S/N
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA	S/N
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO  
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES  
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	OREVE			
12 H	OREVE			
18 H	OREVE			
24 H				
24 H	OREVE			

DR MARCUS BRUNNER  
 CRM 1917

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: *[Assinatura]*



335

3B

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTI: FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	335	DATA	21/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SSF 500ML EV ACM				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8h S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTER				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO SN				
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
					DR MARCELO MARQUES CRM 1918
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
6 H	Def - ole	func			
12 H	Def - ole	func			
18 H					
24 H					
24 H					

CORREÇÃO

Em 11/02/2019

Ass. Quirino

DIAGNOSTICO PRESCRICAO DE ENFERMAGEM

CONTEÚDO DE CATERPILLAR E SONDAS

[illegible]

**BOMBA VAS CAL SIM**      **NAO I**

**NOME DATA**

**ANSIEDADE**

**ASTIGAR VAS TQDT**

SONDA NASCENTE LAR: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IDENTIFIQUE SE HATTEENES DESCOLIGADA DESERVAS PERFUSÃO PERIFÉRICA

**Glicemia por Presão de Sangue**

	NÃO LOCALIZADO III	LOCALIZADO III	TOTAL III
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ			
( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ H			

NÍVEL DE CONSCIENTE
CONSCIENTE   INCONSCIENTE
SEBASTIÃO   ALENA   DOMINGOS
DESOBEDIÊNCIA   INERTEZ DE VIAS
ELIMINAÇÕES.

[illegible]

CRS

EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO

FREQUENCIA: ( ) EUROPEO ( ) JAPONÊS ( ) BRASILEIRO ( ) AMERICANO ( ) ASIÁTICO ( ) AFRICANO ( ) OUTROS

( ) CONSTITUIÇÃO ( ) REALIZAR DENTRO HORAS

RUIDOS ADVERTIDOS: <input type="checkbox"/> ALSEUCEL <input type="checkbox"/> HORROROS <input type="checkbox"/> TANTO <input type="checkbox"/> TANTO	DÉRIT DO AUTO CUIDADO ( ) ORIENTAR AUTOCLUIDADO
--	--

1) REALIZAR MUDANÇA DE DECURITO PRELIMINAR

[illegible]

1) HIPIPERMILIA  
 {} ESTIMULAR DEAMBULACÃO  
 L1 L2 L3 L4 L5 S1 S2 S3 S4 S5  
 DIMINUIÇÃO PERIFÉRICA: {} NORMAL {} DIMINUIÇÃO  
 {} AUMENTO

[illegible]

APARELHO GASTROINTESTINAL	ESTADO NUTRICIONAL	INSTRUMENTADO	DESNUTRIDO	CONFIANTE E RELIADO
1	2	3	4	5

[illegible][illegible]

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNOST: FX FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	335	DATA	3/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SSF 500ML EV ACM				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO SN				
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				
16					
18					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

REG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO  
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES  
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	100	90	18	36,5
18 H				
24 H				
24 H				

DR MARCUS BRUNNER  
 CRM 2817

CONFIRMAR COM ORIGINAL

EM 11/02/2020

ASS: *Supria*

335

337  
OK!SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

AGNÓSTI FX FEMUR E

ALERGIA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

335

DATA

4/12/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	2M
3	SSF 500ML EV ACM	2M
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	2M
6	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N	2M
8	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU DI CP VO DE 8/8h SE DOR INTER	2M
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	2M
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	2M
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM	2M
10	SSVV + COGG 6/6 H	2M
12	CURATIVO DIÁRIO SN	2M
14	GLAXANE 40MG SC 1X/DIA	2M
15		2M
16		2M
17		2M
18		2M
19		2M
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:

REG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO  
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	120/80	70	18	36.5
18 H				
24 H				
24 H				

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

CONFORTO COM OXIGÊNIO

Em 11/02/2020

Ass: Guai



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

Protocolo nº 1 Versão: 06

Data de Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 335

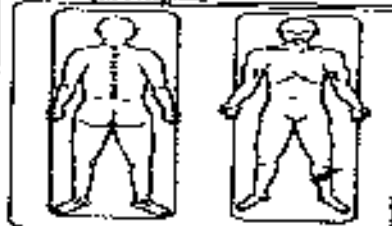
Nome: Levy Felipe Vasela

DATA: 04/12/19

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região

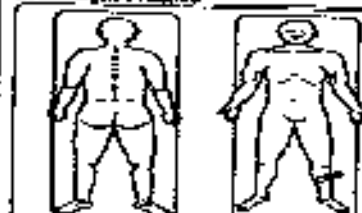


DATA: 04/12

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ Neuropática ☐ Quimica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento \_\_\_\_\_ cm Largura \_\_\_\_\_ cm  
Profundidade \_\_\_\_\_ cm

Características 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 ☐ Serososanguíneo

Dor:

☐ Sim ☒ Não

Odor:

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

Condição da pele

Perifoneal:

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

Solução para limpeza

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%  
☐ Clorexidina 4% ☐ Outra:

Cobertura primária

(Contato direto ao leito)

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

Horas do curativo:

08h30min - 09h30min 15h30min - 16h30min

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Aux. de Enfermagem  
COREN-RN 540.125

Carimbo e ass.

Téc. em Enfermagem

014 Valdente

02-

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

014 Valdente

02-

OBS:

OBS:

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE LUZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTI FX FEMUR E					
ALERGIA		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	6/12/2019
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Marcus
3	SSF 500ML EV ACM				BGM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				(CS)
5	DIPIRONA 1G EV 8/6H S/N				(CS)
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTER				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				(CS)
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				(CS)
10	SSVV + CCGG 6/6 H				S/N
12	CURATIVO DIÁRIO SN				S/N
14	GLAXANE 40MG SC 1X/DIA				S/N
15					
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 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
				DR MARCELO MARQUES CRM 1918	
SINAIS V		PA	FC	FR	TEMP
6 H					
12 H		110/100	80		
18 H					
24 H					
24 H					
				DR MARCUS BRUNNER CRM 1917	

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: [Assinatura]





Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

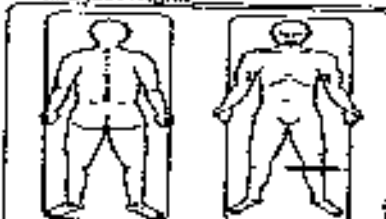
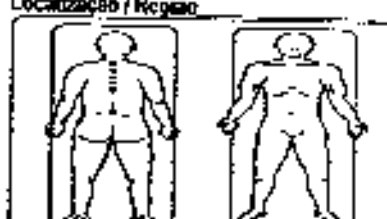
Versão: 06

Data da Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 337

Nome: Luís Felipe Santana Varão

DATA: <u>06/12/14</u>	Localização / Região 	DATA:	Localização / Região 
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: <u>FO</u>	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> sem estase <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estase <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<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 type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perifoneal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<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 checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: <u>nenhum</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:	
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de 4 de 24hs			
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	01- <u>Leira</u> <u>Enfermeiro</u> <u>Carimbo</u>	02- <u>Alessandro</u>	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Univas Tec, Soluções Programadas.  
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

COMPARTILHADO

Em 14/02/2020  
Ass: Guilherme

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTI: FX FEMUR E					
ALERGIA:	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE:	LEITO	337	DATA	7/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PÉRIFÉRICO				Mantido
3	SSF 500ML EV ACM				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				06-18
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				18
10	SSV + CCGG 6/6 H				notado
12	CURATIVO DIÁRIO SN				
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				18
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO  
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	110x60	74	-	36,5°C
18 H	90x60	60	-	36,3°C
24 H				
24 H				

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

CONFERE COM ORIGINAL

Em 31/10/2020

Ass: G. M. A. S.

*foto A.V.P. ao 16:45 - 16:45*



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

Protocolo nº 1 Versão: 06  
Atualizada: Janeiro / 2015  
**ENF/LEITO: 337**

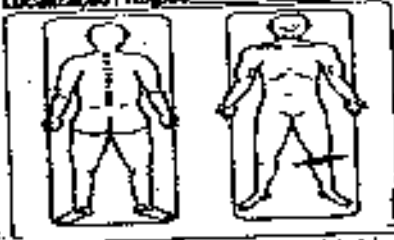
Data de Elaboração:  
Fevereiro 2013

Nome: **Luz Felipe Loubs**

DATA: **07/12/13**

☐ GRAU - I  
☒ GRAU - II

Localização / Região

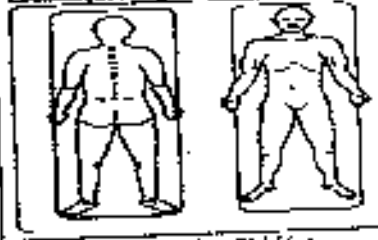


**unfE**  
**Assoc**

DATA:

☐ GRAU - I  
☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

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

Tamanho da Ferida:

Comprimento \_\_\_\_\_ cm Largura \_\_\_\_\_ cm  
Profundidade \_\_\_\_\_ cm

Características do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com escorço  
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Escorço:

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

Tipos de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento  
☐ Purulento ☐ Seroso sanguinolento

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele Periférica:

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

Solução para limpeza

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

Cobertura primária (Colocar direto na ferida)

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

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima Exat. Em caso de + de 24hs

**01- 07/12/13**  
**02- 14/12/13**

Carimbo e Ass. Tec. em Enfermagem

**Carimbo dos Serviços Clínicos**  
**Ass. de Enfermagem**  
**CARIMBO DO L25**

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

**Edmar Farias da Conceição**  
**Enfermeiro**

OBS:

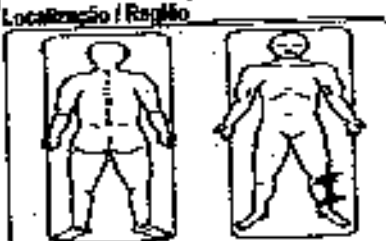
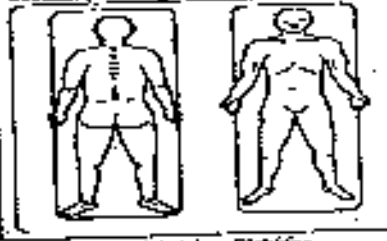


**COMUNICAR Nº 317**

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Soluções Programadas.  
Os pacientes com 92 ou mais anos, estas devem ser avaliadas separadamente.

**CONFIRMAR EM OUTUBRO**  
Em **11/02/2014**  
Ass. **Silvia**

Nome: Luiz Felipe Varela

DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I	
<input type="checkbox"/> GRAU - II		<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"/> 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	
Tipos de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso sanguinolento	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso sanguinolento	
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 type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Periférica:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Constatada direta na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo	<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01-  Sora Maria Cristina Enfermeira	02-	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	 Luiz Felipe Varela Enfermeiro		
OBS:		OBS:	

337

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	8/12/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	CNP
2	ACESSO VENOSO PLANTAR	manhã
3	SSF 500ML EV ACM	manhã
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N	CNP
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU IM CP VO DE 8/8H SE DOR INTEN	S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
8	CAPTOPRIL 25MG VO SC PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	S/N
9	OMEPRAZOL 40MG EV VO 1X/DIA EM JEJUM	S/N
10	SSV + CCGG 6/6 H	S/N
12	CURATIVO DIARIO S/N	S/N
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA	S/N
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HÍDRATADO  
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
12 H					
18 H					
24 H					
24 H					

CONTROLE DE EVOLUÇÃO  
Em 11/02/2020  
Ass: *Quares*

NOME: André Felipe

HD

Exames

DATA: 08/12/1988 SEXO: M IDADE: 33 ANOS

PESO

KG.

LEITO

337

ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	SIM	NÃO	DATA
CATETER CENTRAL			
CATETER PERIFÉRICO			
SONDA VENTIL			
SONDA NASOGÁSTRICA			



EXAME FÍSICO DO PACIENTE			
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	SIM	NÃO	DATA
CATETER CENTRAL			
CATETER PERIFÉRICO			
SONDA VENTIL			
SONDA NASOGÁSTRICA			

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	SIM	NÃO	DATA
CATETER CENTRAL			
CATETER PERIFÉRICO			
SONDA VENTIL			
SONDA NASOGÁSTRICA			

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: 08/12/1988

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: 08/12/1988

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: 08/12/1988

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: 08/12/1988

DRENOS: SIM ( ) NÃO ( ) QUAL: 08/12/1988

DRENOS: SIM ( ) NÃO ( ) QUAL: 08/12/1988

DRENOS: SIM ( ) NÃO ( ) QUAL: 08/12/1988

DRENOS: SIM ( ) NÃO ( ) QUAL: 08/12/1988

LESÕES: 08/12/1988

LESÕES: 08/12/1988

LESÕES: 08/12/1988

LESÕES: 08/12/1988

DIAGNÓSTICO: 08/12/1988

DIAGNÓSTICO: 08/12/1988

DIAGNÓSTICO: 08/12/1988

DIAGNÓSTICO: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: 08/12/1988



337

OK

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO		FX FEMUR E			
ALERGIA		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	9/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MAC
3	SSF 500ML EV ACM				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SAD
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N				SAD
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTE				SAD
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SAD
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SAD
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SAD
10	SSV + CCGG 8/8 H				SAD
12	CURATIVO DIÁRIO SN				SAD
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				SAD
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
				DR MARCELO MARQUES CRM 1918	
				DR MARCUS BRUNNER CRM 2917	
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	OK	na	na	na	
12 H	na	aparelho	na	retor.	
18 H					
24 H					
24 H					

12h: Pat no leito, 1/1 quinário, mas afurado os SSV por falta de aparelho de P.A no setor. Sinais vitais. Sem alterações da equipe.

Dayane S. Ribeiro  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 917.847 TE

CONFERIR COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Guarag



Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão: 06

Data da Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 337

Nome: Luiz Felipe S. Varela

DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I	
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etologia	<input type="checkbox"/> Pressão <input type="checkbox"/> II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Quimioterápica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Pressão <input type="checkbox"/> II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Quimioterápica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Pressão <input type="checkbox"/> II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Quimioterápica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm		Profundidade: _____ cm	
Aspecto do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escara	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escara	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escara
Quantidade de Escara:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> fétido 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"/> fétido 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"/> fétido odor
Condição da pele Periférica:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Manada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Manada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Manada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<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"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outros: Neomicina	<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: Neomicina	<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: Neomicina
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			
Carimbo e ass. do enfermeiro	01- _____	02- _____	01- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Soluções Program.

Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL  
Em 11/02/2015  
Ass: [Assinatura]

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	10/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				RCM
3	SSF 500ML EV ACM				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				OG
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				SN
10	SSVV + COGG 6/6 H				AG
12	CURATIVO DIARIO SN				
14	CLAXANE 40MG SC 1X/DIA				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEDAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
					DR MARCELO MARQUES CRM 1918
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
6 H	120/80	70	18	36,5	
12 H	120/80	70	18	36,5	
18 H					
24 H					
24 H					

12h: 201 - mgoa quixos algi car. - Dayane S. Tosin  
 12h: 201 - mgoa quixos algi car. - Dayane S. Tosin  
 COE-RR 917.047 TE

COPIA COM ORIGINAL  
 12/12/2019  
 Ass: G. N. N.

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO: FX FEMUR E					
ALERGIA:		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE:		LEITO	337	DATA	11/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				OG
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO SN				SN
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.				
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
				DR MARCELO MARQUES CRM 1948	
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	Sem sinais de infecção				
18 H					
24 H					
24 H					
				DR MARCELO BRUNNER CRM 1917	

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: [Assinatura]

NOME: ROSE FELYNE CAROLINA VIANA HD \_\_\_\_\_  
 DATA: 12/12/19 SEXO: ☒ M ☐ F IDADE \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ KG. LETO \_\_\_\_\_  
 \* ALÉRGICO? \_\_\_\_\_

[illegible]

337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR E				
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	12/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				RCM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				in
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				de
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				de
10	SSVV + CCGG 8/8 H				de
12	CURATIVO DIÁRIO SN				de
14					
15					
16					
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; <math>\geq 400</math>: 10 UI E OU GLICOSE <math>\leq 70</math> DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
				DR MARCELO MARQUES CRM 1918	
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	sem aparelho		manhã		
18 H					
24 H					
24 H	110x80	65	-	36,7°C	
				DR MARCUS BRUNNER CRM 1917	

DR MARCUS BRUNNER  
12/12/2019  
AS 11:00 horas  
Ass: *Guilherme*





337

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA			
AGNÓSTI FX FEMUR E			
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	337	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		14/12/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Manter
3	SSF 500ML EV ACM	Ac m
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	Suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 8/8h S/N	S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT	S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
8	CAPTÓPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	S/N
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM	S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H	S/N
12	CURATIVO DIÁRIO SN	S/N
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

*deficit de  
notificação*

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO  
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES  
 CRM 1918

SINAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H	110/70	80		37,0
24 H				
24 H				

DR MARCUS BRUNNER  
 CRM 1917

+ diarreia

CONTASS COM GERAL  
 12/11/2020  
 Quarta

*Paciente refreia diarreia  
 + de 08 episódios  
 Ruy.*

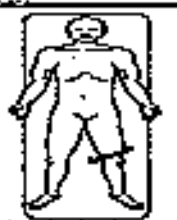
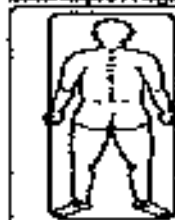
Notes: Lvtz Kellgze lveke

DATA: 20110110

□ BRAU-1

☐ GRAU - 18

**Localización | Región**

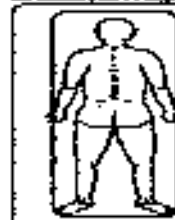


with  
page

DATA:

□ 2244-1

☐ GRAU-1

**Localización / Residuo**

## Etimologia

☐ Pressão ☒ III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ priênopédica ☒ crônica ☐ Trauma ☐ outra:

### Transmitting the Fables

Comprimento: \_\_\_\_\_ cm      Largura: \_\_\_\_\_ cm  
Profundidade: \_\_\_\_\_ cm

### Apartado de Leões

☐ Tecido de granulação e com estase  
☐ Tecido necrótico

**Quantidade de Exercícios**

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

**Plan 4 complete.**

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento  
☐ Purulento ☐ Seroso amarelado

**Die:**

☒ Sim ☐ Não

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito

☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele:  
Perfeccionist

☐ Normal ☐ Macerated ☐ Secca ☒ ~~Eritema / Rubor~~

**Delaware**

☒ Clozapina 4% ☐ Clonazepam 1%

**Coloartura primărie**  
(Contabil direct în loc)

☒ AGE ☐ Colagenase  
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata  
☐ AGE ☒ Dente 10/10/1979

### How to cure:

## Members

10/25/2018

- Data da Expediente: \_\_\_\_\_  
- Em caso de + de 24hs: \_\_\_\_\_

**Cardiolo e anal.  
Téc. em Endoscopia**

0127

12

Sarah Morris Chair  
 603-541-2015 ext 76

**Carimbo e Assinatura  
do Enfermeiro**

1980

**OFB**

Francisco 1718 R 5  
Enslamento  
CORRE: RR 349 852

**QES:**

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTICO	FX FEMUR E				
ALERGIA		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	337	DATA	15/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				3VD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MAIOR
3	SSF 500ML EV ACM				Acn
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU DI CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMH				SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEIUM				CO 100 mg
10	SSV + CCGG 6/8 H				20mg
12	CURATIVO DIÁRIO SN				SN
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO  
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100/80	67	-	36,2
12 H	110 x 70	78	-	36,2
18 H				
24 H				
24 H				

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

CONTROLE DE MEDICAMENTOS  
No 11 02 8000  
Ass: *(Assinatura)*

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

**337**

DATA DE ADMISSÃO:      DIH:      DN:     

PACIENTE: **LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA**

AGNÓSTICO: **FX FEMUR E**

ALERGIA:      HAS:      NEGA:      DM2:      NEGA

IDADE:      LEITO:      337      DATA:      16/12/2019

ITEM:      PRESCRIÇÃO      HORÁRIO

1: DIETA ORAL LIVRE      SMD

2: ACESSO VENOSO PERIFÉRICO      m. v. a. d. e. s.

3: SSF 500ML EV ACM      E. C. M.

4: TILATIL 20MG EV 12/12H      suspensão

5: DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N

6: TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU O1 CP VO DE 8/8h SE DOR IN

7: PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)      S/N

8: CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHg

9: OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM      OG

10: SSVV + CCGG 6/6 H

12: CURATIVO DIÁRIO S/N

14: **CLEXANE 40mg SC 1x**      S/N

15:      16

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/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR

PLANTONISTA

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E  
 HIDRATADO  
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

DR MARCELO MARQUES  
 CRM 1918

SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	F
6 H						DR MARCUS BRUNNER
12 H						CRM 1917
18 H						
24 H						
24 H	130/90	68	-	36,4°C	0	+

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

Ass.: *Quaion*



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

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 337

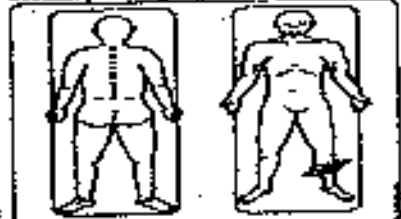
Nome: Luis Felipe Varila

DATA: 16/12/14

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região



DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ oncológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

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

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  
Perifoneal

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor  
☐ Pálido ☐ Outras:

Solução para limpeza

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

Cobertura primária  
(Contato direto na ferida)

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

Hora do curativo:

2ª Manhã 11:50 Tarde

Data da Próxima troca

16/12/14

Em casa de e de 24hs

Carimbo e ass.  
Téc. em Enfermagem

Valéria

Carimbo e Assinatura  
do Enfermeiro

El. Pereira

OBS:

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CoavaTec, Solução Programada.  
Os pacientes com 02 ou mais feridas, esta deve ser evoluída separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2015  
Ass: Quaver



337

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: LUIZ FELYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO: FX FEMUR E					
ALERGIA:		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE:		LEITO	337	DATA	13/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:30
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5:30
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				
10	SSV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO SN				5:30
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
				DR MARCELO MARQUES CRM 1913	
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
8 H					DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
12 H	Sfaparelho na imobilidade				
18 H					
24 H					
24 H					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Guilherme

NOME: ROBERTO CARLOS ID: \_\_\_\_\_  
 DATA: 13/12/13 SEXO: M C.I.F. \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ KG LETO: \_\_\_\_\_  
 • ALÉRGICO? \_\_\_\_\_

[illegible]



337

**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**Serviço de Ortopedia e Traumatologia**  
**Prescrição Médica**

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNOSTO: FX FEMUR E					
ALERGIA:		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE:		LEITO	337	DATA	17/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				7:00
3	SSF 500ML EV ACM				8:00
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU D1 CP VO DE 8/8H SE DOR IN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				Q8
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO S/N				S/N
14	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS: FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO NEVES CRM 1918					
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
24 H	110/70	72	19	36	
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass:

Guais

Fase  
Fase

# SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

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

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEXO: ( ) M ( ) F

IDADE: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

KG

LEITO: \_\_\_\_\_

HD

ALÉRGICO ? \_\_\_\_\_

## EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CÂTETERES E SONDAS

CÂTER CÂTERAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
CÂTER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM ( ) NÃO ( )	DATA	DATA
SONDA NASOENTERAL	SIM ( ) NÃO ( )	DATA	DATA
DRENOS	SIM ( ) NÃO ( )	QUAL?	DATA



## LESÕES

( ) RISCO DE INFECÇÃO	( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	( ) TROCA GÁSOSA PREJUDICADA	( ) ANSIEDADE	( ) MEDO
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ	( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO DESSEQUILIBRADA	( ) MODALIDADE FÍSICA PREJUDICADA	( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ DE PRURIDO	( ) DESESTABILIZAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	( ) FADIGA
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	( ) RISCO PARA QUEIMAS	( ) RISCO PARA LESÃO	( ) DISTURBIO PERTURBADA	( ) RISCO PARA QUEIMAS	( ) RISCO PARA QUEIMAS
( ) RISCO PARA QUEIMAS	( ) RISCO PARA QUEIMAS	( ) RISCO PARA QUEIMAS	( ) RISCO PARA QUEIMAS	( ) RISCO PARA QUEIMAS	( ) RISCO PARA QUEIMAS

## PRESTÍCIO DE ENFERMAGEM

( ) MANUTER VIAS AÉREAS PERÍCIAS	( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS	( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE	( ) MANUTER MONITORIZAÇÃO	( ) MANUTER CABECEIRA ELEVADA	( ) ASPIRAR VAS 70%
( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA	( ) ATENDER PARA QUEIMAS ALÉRGICAS	( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	( ) MANUTER ACESSOS VENOSOS PERÍCIAS	( ) REALIZAR CONTROLE INEFICAZ DE	( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	( ) AVALIAR RISCO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM	( ) VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL	( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA	( ) MANUTER JEJUNO A PARTIR DAS	( ) REALIZAR DENTRO
( ) REALIZAR DENTRO	( ) REALIZAR DENTRO	( ) REALIZAR DENTRO	( ) REALIZAR DENTRO	( ) REALIZAR DENTRO	( ) REALIZAR DENTRO

## ADENTRQUE SINAIS LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPLITUDE ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: \_\_\_\_\_

CÂTERES E SONDAS: NÍVEL DE CONSCIENTIA

NÍVEL DE CONSCIENTIA: ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOZO ( ) DESORIENTADO

PULSAIS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MUDANÇA

ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PERÍCIAS ( ) OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL ( ) FAVORÁVEL ( ) DESFAVORÁVEL ( ) PRECÁRIA

## STONA E SONDAS

EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO

DOE INSPIRATORIAL: ( ) SIM ( ) NÃO

FRÉQUÊNCIA: ( ) SUPERIOR ( ) TACQUINCO ( ) BRADIPNICO ( ) DISPNEICO

MUDANÇAS VERBAIS: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES TOSSE ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO

OBSTRUÇÃO: ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ALERTA ( ) COMATOZO ( ) DESORIENTADO

HIPOCÁNDIA: ( ) UNIDA ( ) DESOLVIDA ( ) CORADA ( ) HIPOCÁNDIA ( ) PALIDA ( ) RUBORIZADA ( ) LÍMBICA

CLAVÍCULA: ( ) ACANOTICA ( ) MACROCLAVÍCULA

TEMPERATURA DA PELE: ( ) HIPOTERMICA ( ) HIPERTERMICA ( ) HIPOTERMICA

## ABRILHO GASTROINTESTINAL

RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) DIMINUIDO

PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: ( ) ALTO ( ) BAIXO ( ) FLACUO ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) AGUDO ( ) VIBRANTE

PULSO: ( ) NORMAL ( ) TACQUINCO ( ) BRADIPNICO ( ) AUSENTE

## LOCAL DO PULSO

LOCAL DO PULSO: \_\_\_\_\_

## ABRILHO GASTROINTESTINAL

ABRILHO GASTROINTESTINAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDO ( ) COMATOZO ( ) DESORIENTADO

## ABRILHO GASTROINTESTINAL

ABRILHO GASTROINTESTINAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDO ( ) COMATOZO ( ) DESORIENTADO

ABRILHO GASTROINTESTINAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDO ( ) COMATOZO ( ) DESORIENTADO

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FÉLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTICO	FX FEMUR E				
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	18/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				7h
3	SSF 500ML EV ACM				8h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				8h
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				suspensão
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR IN				?
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				?
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHg				?
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				?
10	SSVV + CCGG 6/6 H				?
12	CURATIVO DIÁRIO SN				?
14	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				?
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEDAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	aparecho na unidade				
18 H					
24 H					
24 H	deficit de func.				
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: [assinatura]



Nome: Luiz Felipe S. Varela

DATA:

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região



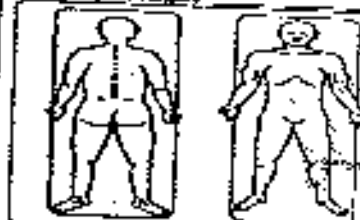
coxa

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ oncológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outras

Tamanho da Ferida

Comprimento: \_\_\_\_\_ cm Largura: \_\_\_\_\_ cm  
Profundidade: \_\_\_\_\_ cm

Carência do Leito

☒ Tecido de granulação ☐ com escorço  
☐ 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 Perilesional

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

Solução para limpeza

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

Cobertura primária (Contato direto na lesão)

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

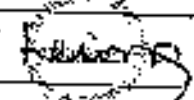
Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca:  
caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem

01-



02- Sarah Beatriz Calisto  
GERENTE 907.950-45

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

01-

02-

OBS:

OBS:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		OIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
GNÓSTICO	FX FEMUR E				
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	337	DATA	18/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SSF 500ML EV ACM				12h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 6/8H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR IN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SAD
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMHG				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				
10	SSVV + CCGG 8/8 H				
12	CURATIVO DIÁRIO SN				SAD
14	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
<div style="float: right;"> <div>DR MARCELO MARQUES CRM 1918</div> <div>DR MARCUS BRUNNER CRM 1917</div> </div>					
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H	127/79	76			
24 H					
24 H					

Trava de leito às 15:45h - Euf: Raul

COPIA VERBA  
Em 11/02/2020  
Ass: *[Assinatura]*

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Lucy Kelly Santana ID: \_\_\_\_\_  
 DATA: 13/12/19 SEXO: M IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ KG. LEITO: \_\_\_\_\_ ALÉRGICO: \_\_\_\_\_

CONTROLE DE CATEGÓRIAS		LESÕES		DIAGNÓSTICO	OPRESSIONAMENTO DE ENFERMAGEM
CATEGORIA CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) RISCO DE INFECÇÃO	( ) MANUTER VIAS AERIAS PERVUS
CATEGORIA PERIFÉRICA	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
SONDAS VAGIAIS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA	( ) MANUTER INCINTORREÇÃO
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) ANSIEDADE	( ) MANUTER CABECEIRA ELEVADA
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) MEDO	( ) ASPIRAR VIAS /TQT
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ	( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO	( ) ATENTAR PARA QUEIMAS ALGICAS
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) DESOQUILIBRADA	( ) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) DESCONSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERIAS	( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) FADIGA	( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	( ) VERIFICAR O REGISTRAR EDEMAS
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) RISCO PARA Quedas	( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) RISCO PARA LESÃO	( ) VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) AUTOESTIMA PERTURBADA	( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) ENXARREIA	( ) MANUTER JEJUM A PARTIR DAS _____ H
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) CONSTIPACÃO	( ) REALIZAR DENTRO _____ HORAS
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) RISCO PARA CONSTIPACÃO	( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	( ) ORIENTAR AUTO CUIDADO
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) COMUNICAÇÃO VERBAL	( ) REALIZAR BANHO NO LEITO
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	PREJUDICADA	( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) DOR	( ) PREPARAR PARA EXAMES EM:
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) HIPOTERMIA	( ) REALIZAR MISTURA DE CONFORTO
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) HIPERTERMIA	( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) INTENSIDADE DA PELE PREJUDICADA	( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	( ) OUTROS
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) CONFORTO PREJUDICADO	
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) CIEBETO CIEBETO PREJUDICADO	
SONDAS NASO GÁSTRICAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA	( ) VOLUME	



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

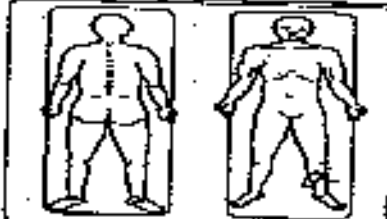
Protocolo nº I Versão: 06 Data de Elaboração:  
Fevereiro 2013  
Atualizada: Janeiro / 2015  
**ENE/LEITO: 330**

Nome: Luiz Felipe Vasula

DATA: 19/02/19

☐ GRAU - I  
☒ GRAU - II

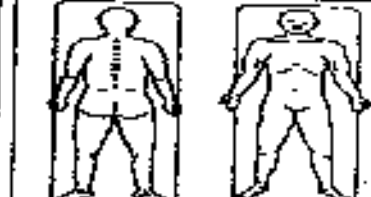
Localização / Região



DATA:

☐ GRAU - I  
☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia: ☒ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: ferida

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 ☐ 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% ☐ Outro:

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

Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca: 22/02/19

Em caso de + de 24hs

Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

RECUSADO POR: \_\_\_\_\_  
Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
COREN - PR 349.962

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

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

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

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

Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem


Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

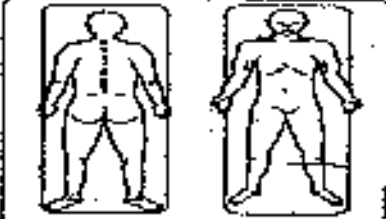
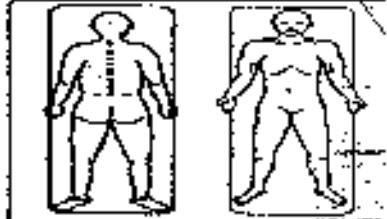
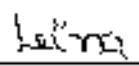

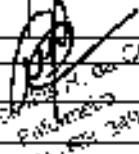
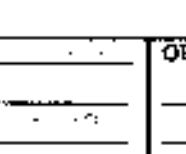
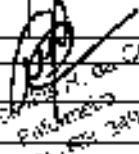
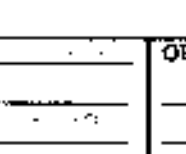
OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Conectec, Sistema Programa.  
Os pacientes com 62 ou mais anos, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL  
Em 11/02/2020  
Ass: Quaresima




	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HC</b>	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		<b>ENF/LEITO:</b> 336		

<b>Nome:</b> Luiz Felipe Santana Lima			
<b>DATA:</b> 2012/1/9  <input type="checkbox"/> GRAU - I  <input type="checkbox"/> GRAU - II	<b>Localização / Região</b> 	<b>DATA:</b>  <input type="checkbox"/> GRAU - I  <input type="checkbox"/> GRAU - II	<b>Localização / Região</b> 
<b>Etiologia</b> <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Vênosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> F.O.		<b>Etiologia</b> <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Vênosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> F.O.	
<b>Tamanho da Ferida:</b> Comprimento _____ cm    Largura _____ cm Profundidade _____ cm		<b>Tamanho da Ferida:</b> Comprimento _____ cm    Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
<b>Aparência do Leito:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> sem esclero <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<b>Aparência do Leito:</b> <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esclero <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
<b>Quantidade de Exsudato:</b> <input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> Úmido, pouco <input type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> Molhado, abundante		<b>Quantidade de Exsudato:</b> <input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> Úmido, pouco <input type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> Molhado, abundante	
<b>Tipo de exsudato:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		<b>Tipo de exsudato:</b> <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
<b>Dor:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>Dor:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>Odor:</b> <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		<b>Odor:</b> <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
<b>Condição da pele Perilesional:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		<b>Condição da pele Perilesional:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	
<b>Solução para limpeza:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<b>Solução para limpeza:</b> <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<b>Cobertura primária (Contato direto na ferida):</b> <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<b>Cobertura primária (Contato direto na ferida):</b> <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<b>Hora do curativo:</b> <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde		<b>Hora do curativo:</b> <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
<b>Data da Próxima troca:</b> Em caso de + de 24hs		<b>Data da Próxima troca:</b> Em caso de + de 24hs	
<b>Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem</b> 01- 		<b>Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem</b> 02- 	
<b>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro</b> 		<b>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro</b> 	
<b>OBS:</b> 		<b>OBS:</b> 	

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CaméTex, Soluções Proprietárias.  
 Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 de 02 de 2012

Ass: 

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

330

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

AGNÓSTICO FX FEMUR ESQUERDO

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

330

DATA

22/12/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

CEFALOTINA 1G EV 6/6H

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

5

DIPIRONA 1G EV 6/6H SN

6

TRAMAL 100MG + SE 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N

9

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10

SSVV + COGG 6/6 H

12

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG

14

CURATIVO DIÁRIO SN

15

CLEXANE 40MG SC 1X/DIA

16

17

18

19

20

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

**70LUGAO MÉDICA:**

DR MARCUS BRUNNER  
 CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	O	F
6 H						
12 H	100x70	67	-	36,1°C	+	+
18 H						
24 H						

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2020

Ass: Guaia





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

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: **330**

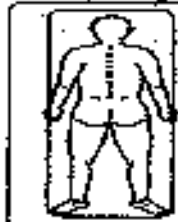
Nome: **Luís Felipe Vaz**

DATA: **22/12/19**

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II x2

Localização / Região



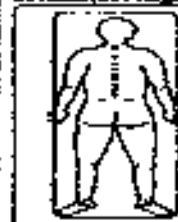
**Traco**

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Vencos ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ Neuropática ☐ Quimica ☐ Trauma ☐ Local

Tamanho da Ferida:

Comprimento \_\_\_\_\_ cm Largura \_\_\_\_\_ cm  
Profundidade \_\_\_\_\_ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com escorço  
☐ Tecido necrótico

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 (contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colágeno  
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata  
☐ AGE ☐ Outra

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

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

**Manhã**

Carimbo e ass.  
Téc. em Enfermagem

**01- Leandine da Silva Rocha**

Carimbo e Assinatura  
do Enfermeiro

**Téc. Enfermagem  
COREN/RR 551.943**

OBS:

OBS:

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Coentro, Sistema Program. Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

**CONFERE COM ORIGINAL**

Em **21/02/2020**

Ass: **Guarua**

330

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE LUIZ FELYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO FX FEMUR ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	330	DATA	23/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12h
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				12h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SAV
10	SSVV + CCGG 8/8 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO SN				
15	GLEXANE 40MG SC 1X/DIA				15
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE				
	50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D F
6 H	112/64	78		36.2	+ -
12 H					
18 H					
24 H					

CONTRE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass:

[Assinatura]

Carimbo circular com o nome "Carimbo Hospital da Roraima" e o número "155" no centro.

330

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIZ FELYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	330	DATA	25/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAVO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MDR
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				330
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				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)				SN
10	SSVV + CCGG 8/6 H				RODIO
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO SN				SN
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H	114x69	89	-	36°C

06:00 Refúgio intenso  
administrado Suicidal. Prescrita - TOR

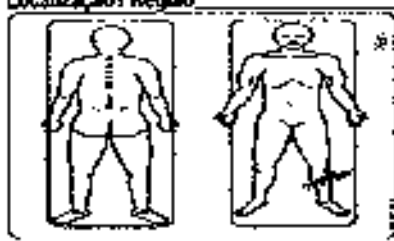
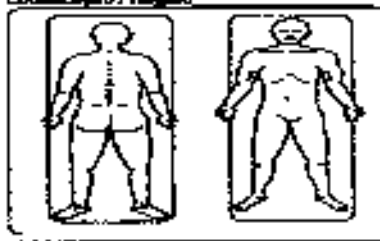
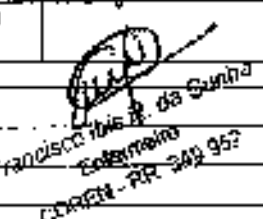
CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/03/2020

Ass: *Guia*

Secretaria de Saúde de Roraima  
Unidade de Emergência  
Roraima, 10 de 2019

Nome: Luiz Felipe

DATA: <u>25/12/19</u> <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 - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma Local Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma Local Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outros: _____	Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" 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 (Contato direto ao leito): <input checked="" 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: _____	Cobertura primária (Contato direto ao leito): <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	Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima Troca: Em caso de + de 24hs	Data da Próxima Troca: Em caso de + de 24hs		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura da Enfermeira	Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura da Enfermeira		
OBS: 	OBS: 		

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CouraTec, Solutions Programs.

Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Opina



# SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Luiz Felipe Santana Vasela

DATA: 25/12/19

SEXO: ( ) M ( ) F

IDADE: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

KG: \_\_\_\_\_

LEITO: 335

HD: \_\_\_\_\_

• ALÉRGICO ?

## EXAME FÍSICO DO PACIENTE

### CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM ( ) NÃO ( )	DATA:	
SONDA NAROGÁSTRICA	SIM ( ) NÃO ( )	DATA:	
DIURETOS	SIM ( ) NÃO ( )	QUAL?	

### CONTROLE DE LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III ( )  
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: \_\_\_\_\_  
CÁSCA: PRECISO ( ) NÃO ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( )  
NÍVEL DE CONSCIENTIA: ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( )  
PUPILAS: ( ) REAGENTES ( ) NÃO REAGENTES ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( )  
ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA  
VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZDÁVEL ( )  
PRECÁRIA

### ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

### VIAS AÉREAS INFERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS

### ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

### VIAS AÉREAS INFERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS

### ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

### VIAS AÉREAS INFERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS

### ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

### VIAS AÉREAS INFERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS

### ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

### VIAS AÉREAS INFERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS

### ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

### VIAS AÉREAS INFERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS

### ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

### VIAS AÉREAS INFERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS

### ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

### VIAS AÉREAS INFERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS

### ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

### VIAS AÉREAS INFERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS

## LESÕES



## DIAGNÓSTICO

( ) RISCO DE INFECÇÃO  
( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ  
( ) INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA  
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA  
( ) ANSIEDADE  
( ) MEDO  
( ) ENVENENAMENTO INEFICAZ  
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO DESQUILIBRADA  
( ) IMOBILIDADE RÍSCA PREJUDICADA  
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO  
( ) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS  
( ) FADIGA  
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE  
( ) RISCO PARA Quedas  
( ) RISCO PARA LESÃO  
( ) AUTOCESINA PERTURBADA  
( ) DIARRÉIA  
( ) CONSTIPAÇÃO  
( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO  
( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO  
( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA  
( ) RISCO PARA BOMBO ASPIRAÇÃO  
( ) FOC  
( ) HIPOTERMIA  
( ) HIPERTERMIA  
( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA  
( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO  
( ) DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA  
( ) CONFORTO PREJUDICADO  
( ) DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO  
( ) OUTROS:

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

( ) MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS  
( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS  
( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE \_\_\_\_\_ H  
( ) MANter MONITORIZAÇÃO  
( ) MANter CABEDEIRA ELEVADA  
( ) ASPIRAR VIAS /TET  
( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA  
( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS  
( ) ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS  
( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA  
( ) MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS  
( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE \_\_\_\_\_ H  
( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.  
( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS  
( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVASEM  
( ) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL  
( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA  
( ) MANter JEJUNO A PARTIR DAS: \_\_\_\_\_ H  
( ) REALIZAR DEXTRO \_\_\_\_\_ HORAS  
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSAO  
( ) ORIENTAR AUTO CUIDADO  
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO  
( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO \_\_\_\_\_ H  
( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO  
( ) PREPARAR PARA EXAMES EM: \_\_\_\_\_  
( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO  
( ) ESTIMULAR DEAMBULACAO  
( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA  
( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		D/H		DN	
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO: FX FEMUR ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	330	DATA	26/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	CEFALOTINA 1G EV 6/8H				SUBP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				10
5	DIPIRONA 1G EV 6/8H SN				10+100
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DORANTE				15
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)				SN
10	SSV + CCGG 5/6 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO SN				SN
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
8 H	90x70	66		
12 H				
18 H				
24 H				

10:00 - Realizando AVP, em MSE. R

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass.: *[Assinatura]*

330

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTI: FX FEMUR ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	330	DATA	27/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 8/8H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE BOR-INTER				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVY + CCGG 8/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO SN				
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				
16	Dexametasona 10 mg EV 8/8h				
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

→ P-DE com INFLAMAÇÃO CEFÁLICA  
FRONTAL.

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

→ FEEB O ITEM 6.16

→ LÓBULO TC CRÂNIO

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

14:35 38.3°C PA 110 X 60

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Guia



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA				
AGNÓSTI	FX FEMUR ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	330	DATA	28/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manter
3	CEFALOTINA 1G EV 8/8H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H <i>suspensão</i>				12 - 12
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				12 - 12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTER				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/8 h				Rota
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO SN				
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				
16	<i>Naproxeno 01 cp de 12/12 horas</i>				12 - 12
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
	<i>Dipirona 1g + AD 8ml Ex agora</i>				12
	<i>Dexametasona 10mg Ex 12/12 agora</i>				12

EVOLUÇÃO MÉDICA: Dr. Alexandre Freitas

*Ibuprofeno 300mg 1 cp vo agora*

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 08 / 2020

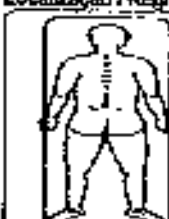


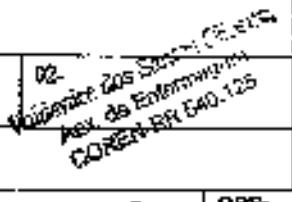
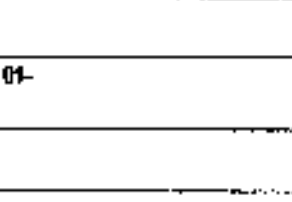
Ass: *Guia*

11:29 Pt com cefaleia intensa, fotofobia, fonofobia e náuseas há 2 dias. Cefaleia típica de padrão migratório. Ex neurológico normal.

CD: Tto abortivo de crise migratória.

Dr. Alexandre Freitas  
RACIÃO  
CRM 2131

obs: Tramal somente se dor relacionada a patologia.

Nome: <u>Luis Felipe Sordani Vaz</u>	
DATA: <u>28/12/19</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região:   <u>Tórax</u> <u>Femoral</u>
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm    Largura _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm    Largura _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Sero-sanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Sero-sanguíneo
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"/> 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 Periférica: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" 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 Enxerto: <input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>ADRENALINE</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: _____
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 	02- 
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- 
OBS:	OBS:

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Jkx Braxos e CoaxTee, Setor de Programas. Os pontos em OZ ou mais lentos, estao devem ser avaliados separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL  
Em 11.08.2020  
Ass: *Quatrin*

# PEDIDO DE PARECER

Unidade: Hospital das Clínicas

Nome: Luis Felipe S. Jovella

Idade:

REGISTRO:

Bloco:

Leito: 330.

De:

Oftalmologia

Para:

Clínica Médica

Paciente internado com Fratura de fêmur  
evoluindo por trauma (TBC) em 28/11/19.  
com intensa afolia (Sem pulso  
Medicamentosa)

28/12/2019  
Data

Parecer p/ CH p/ investigação  
Dr. Marcelo Marques  
Médico  
CRM 1914/RR  
médico

Sob. evolução Dr.  
Ferreira

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Quares

Data

médico

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

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE **LUIZ FELYPE SANTANA VARELA**

AGNÓSTICO **FX FEMUR ESQUERDO**

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

330

DATA

29/12/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

SAB

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

Mantém

3 CEFALOTINA 3G EV 6/6H

SUSP

4 NAPROXENO 01CP, DE 12/12 HORAS VO

200mg

5 DAPIRONA 1G EV 6/6H

12h

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTER

12h

7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

12h

8 RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N

12h

9 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

12h

10 SSVV + CCGG 6/6 H

12h

12 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG

12h

14 CURATIVO DIÁRIO SN

12h

15 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA

12h

16 DEXAMETASONA 10MG EV LENTO DE 12/12 HORAS

12h

17

12h

18

12h

19 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

12h

20

12h

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER  
 CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
 CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H	110x70	58		

CONFERE COM ORIGINAL

em 11/08/2020

Ass: *[Assinatura]*



Acompanhamento das Feridas

Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

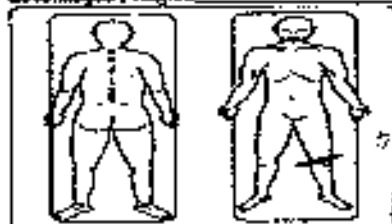
ENF/LEITO: 330

Nome: Luiz Felipe Santos Varela

DATA: 29/12/14

☐ GRAU - I☒ GRAU - II

Localização / Região

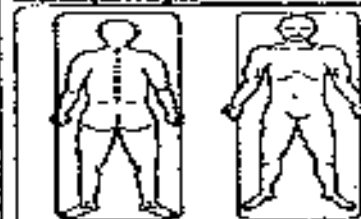


mte

DATA:

☐ GRAU - I☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia:

☒ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ neurotrópica ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outras

Tamanho da Ferida:

Comprimento \_\_\_\_\_ cm  
Largura \_\_\_\_\_ cm  
Profundidade \_\_\_\_\_ cmComprimento \_\_\_\_\_ cm  
Largura \_\_\_\_\_ cm  
Profundidade \_\_\_\_\_ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com escalo ☐  
☐ Tecido necrótico☐ Tecido de granulação ☐ com escalo ☐  
☐ Tecido necrótico ☐ Escara

Quantidade do Exsudato:

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

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento  
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento  
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não☒ Sim ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele

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

Perifoneal:

☐ Prurido ☐ Outras☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%  
☒ Cloroxidina 4% ☐ Outras☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%  
☐ Cloroxidina 4% ☐ OutrasCobertura primária  
(Contato direto na lesão)☒ Gaze ☐ Colagenase  
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata  
☐ AGE ☒ Outras: *Alcatraz*☐ Gaze ☐ Colagenase  
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata  
☐ AGE ☐ Outras

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde☐ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.

Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

OBS:

*Transcrito às 11h de Curitiba*  
Enfermeiro  
COREN - PR 340.987

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Branco e CurvaTec, Substância Programar.  
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser avaliadas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2015

Ass: *Guia*

330

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE LUZ FELLYPE SANTANA VARELA					
AGNÓSTICO FX FEMUR ESQUERDO					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	330	DATA	30/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mantido
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	NAPROXENO 01CP. DE 12/12 HORAS VO				08
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				18 24 06 12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU DT CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO SN				
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16
16	DEXAMETASONA 10MG EV LENTO DE 12/12 HORAS				106
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
20	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:

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

- 21- Tenax 20mg 60 qdia 12
- 22- TRAMAL 100mg + SF 0.9% 100ml 60 21h Fina 12 28/12
- 23- Prednisona 20mg 2x/dia por 5 dias 16
- 24- Dipirona 2g 60 4/4h 16 20 23 24 08
- 25- Amitriptilina 25mg 60 1x/dia, iniciar agora 12
- amanda fazer a nota:

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Siquiera

Dr. Marcelo Marques  
Médico  
CRM 1918/RR



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

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 330 - 3B

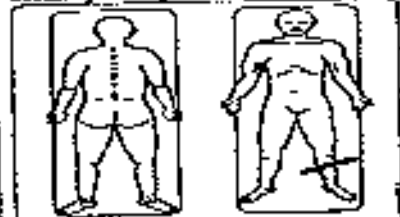
Nome: Luiz Felipe Varela

DATA:

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região



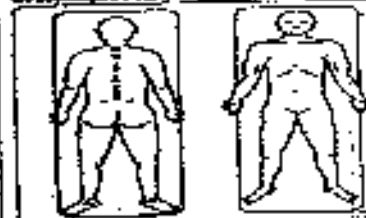
ME

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ neuropática ☐ cirúrgica / Trauma ☐ outro:

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 ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele  
Perifoneal:

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

Solução para limpeza

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

Cobertura primária  
(Contato direto na lesão)

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

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca:  
caso de + de 24hs

01- 02-

Carimbo e ass.  
Téc. em Enfermagem

01- 02-

Carimbo e Assinatura  
do Enfermeiro

01- 02-

Obs:

Obs:

Obs: Documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e CurvaTec, Software Program.

Os pacientes com 42 em suas lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 02 / 2013

Ass: [Assinatura]



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA			
AGNÓSTICO: FX FEMUR ESQUERDO			
ALERGIA:	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	330	DATA
PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	NAPROXENO 01CP. DE 12/12 HORAS VO		
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV DU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG		
14	CURATIVO DIÁRIO SN		
15	GLEXANE 40MG SC 1X/DIA		
16	DEXAMETASONA 10MG EV LENTO DE 12/12 HORAS		
17	TRANSFERIR AO HGR - AVALIAÇÃO NEUROCIURGIA		
18			
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
20	(SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

*Transferir ao HGR.*

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
8 H				
12 H				
18 H				
24 H				

CONFERE COM ORIGINAL  
 Em 11 / 02 / 2020  
 Ass: *[Assinatura]*



# HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO

## RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 31/12/2019

PACIENTE: Luiz Kellye Santos DN: 1/1

DIAGNÓSTICO(S): Hemorragia subdural e epidural

DTH: 1/1

KANBAM: Dieta: Zero

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO<sub>3</sub>: PH: BE: PO<sub>2</sub>: PCO<sub>2</sub>:

EAS:

CULTURAS (1/1):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA 1/1): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:

Cl: HCO<sub>3</sub>: PH: BE: PO<sub>2</sub>: PCO<sub>2</sub>:

EAS:

IMAGEM TC de crânio (30/12/2019) com 7 horas  
subdural e epidural (D), sendo de 1 cm média.

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente apresentando quadro de  
cefaleia e vômitos, hemiparesia (D).

TC de crânio evidenciado hemorragia  
subdural e epidural (D) com deslocamento  
de linha média.

Neurolista realizado Urgência de Neurocirurgia.

Rua Vista, 31 de Dezembro de 2019 Hora: 9:00.

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico

Dr. Felipe Soares Pereira  
Neurocirurgião  
CRM-RR 16251-1/1

CRM

CRM 16251, RTR

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: (Guilherme)



# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

7015

## RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 20/12/19

PACIENTE: Luiz Felipe S. Velloso, DN: 21/12/95

DIAGNOSTICO(S): fr. 3º grau de desidratação

DIH: 8/122/19

KANBAM: Dieta:

EXAMES ADMISSORIAIS (DATA / / ) Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO<sup>3-</sup>: PH: BE: PO<sup>2</sup>: PCO<sup>2</sup>:

EAS:

CULTURAS ( / / ):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA / / ) Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca: Cl:

HCO<sup>3-</sup>: PH: BE: PO<sup>2</sup>: PCO<sup>2</sup>:

EAS:

IMAGEM

ANTIBIOTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIOTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/02/2020

Ass: Guaná

TERAPIA INSTITUIDA:

Clonazepam + Sildenafil

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

paciente com cirurgia  
programado para dia 4/12/19  
pelo médico

Bom Vista 20 de dezembro de 2019 Hora:

CRM

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Dr. André Luiz...

CRM

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

Dr. Augusto Caldeante  
Médico Residente  
Clonazepam e Sildenafil  
CRM-RR 1804

1901184210

08/11/2019 13:23:14

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

18

Paciente: **LUZ FELIPE SANTANA VARELA**  
Data Nascimento: **11/11/1994** Idade: **24 A 11 M 27 D** CNS: **78444338172** CPF: **78444338172**  
Tipo Doc: **Documento** Órgão Emissor: **SSP/GO** Data Emissão: **14/05/2009** Sexo: **M** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Paga/Cor: **BOA VISTA - RR** Nacionalidade: **BRASILEIRA**  
Mãe: **MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA** Pai: **ANDRÉ LUIZ VARELA** Cênis: **(95) 99157-6888**  
Endereço: **RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 38 - RR** Ocupação:

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° de Carteira: **11/11/1994** Validade: **24 A 11 M 27 D** Autorização: **78444338172** Sis. Preval: **78444338172**  
Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE TRÂNSITO** Centro de Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional de Atend.: **PROF. DR. J. H. SILVA** Procedência: **BOA VISTA - RR** Temp.: **08/11/2019** Peso: **70 kg** Pressão: **120/80 mmHg**  
Sede: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: **REGISTRADO POR: ANTONIA SOARES**

Qualidade Principal: **Quebra de moto** ☒ **Procedimento Faltas** ☐ **Sintomas Respiratório** ☐ **Suspeita de Dengue**

Anamnese do Enfermeiro: **Quebra de moto** **GSC** **TOTAL**  
AO: 1234 RU: 12345 SRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 13:30 h)  
**Doente trouxe relato de queda em praça pública e colar cervical. Queixa de dor no pescoço e membros superiores e inferiores.**

Exame Físico: **Lesão em cabeça e MTE c/ anel no pescoço.**

Hipótese Diagnóstica: **TCE grave**

SADI - Exames Complementares: ☒ **RAIO X** ☐ **ULTRA-SON** ☒ **TC** ☐ **SANGUE** ☐ **URINA** ☐ **ECG** ☐ **OUTROS**

PRESCRIÇÃO: **Solicito RX torax (+ bacia) TC de crânio, torax e abdome.**  
**Solicito avaliação pelo neurologista Dr. Silva; avaliação p/ TC de crânio; solicito intern. em observação neurologica com TC de crânio.**  
**Prescrição para conduta pelo neurologista Dr. Silva.**

Conduta: ☐ **Alta por Decisão Médica** ☐ **Alta a Pedido** ☐ **Alta a Rastreio** ☐ **Transferência para:**  
☐ **Arbitrário** ☐ **Observação (Até 24h)** ☐ **Internação**  
Data e Hora da Saída: **08/11/2019 13:34:00**

óbito: **Antes do 1º Atendimento?** ☐ **Sim** ☐ **Não** Destino: ☐ **Família** ☐ **Mil. Anatomia Patológica**

Assinatura do Paciente ou Responsável: **Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: antonia soares  
Data Hora: 08/11/2019 13:34:00

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/08/2020

Ass: **Guilherme**





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H-G-R

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO OSCUTANTE

## Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Leuzellyne Santana Jareiz

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

11/11/94

6 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

7 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

8 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

9 - CÓD. RGSE MUNICIPAL

10 - SEXO

11 - FONE. DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SÍNTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente em fase de Jansen

13 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Interrupção

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

História + Exame físico + Neurológico

15 - DIAGNÓSTICO

Faturo de Jansen

16 - CID 10 PRINCIPAL

17 - CID 10 SECUNDÁRIO

18 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

Interrupção

20 - CLÍNICA

21 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

22 - DOCUMENTO

23 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Penecal

25 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/11/19

26 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Penecal

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

27 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

28 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

29 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

30 - CNPJ DA SEGURADORA

31 - Nº DO SINISTRO

32 - SÉRIE

33 - CNPJ EMPRESA

34 - CNPJ DA EMPRESA

35 - CNPJ

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

38 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

39 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

40 - DOCUMENTO

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

42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 de 12 de 2020

Ass: Guana

1901164210 08/11/2019 19:33:14 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DRUMONDY-19

Paciente: LUIZ FELIPE SANTANA VARELA Data Nascimento: 24 A 11 M 27 D 1984 Idade: 35 anos Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Pardo: BRANCO Cor: BRANCO

CPF: 78404338172 Nacionalidade: BRASILEIRA

Endereço: MARIS GILVANETE DE SOUSA SANTANA Rua: JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 - RR

Contato: (88) 99157-4888 Ocupação:

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validez: Autorização: Situação: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Local de Atendimento: ACIDENTE DE TRÂNSITO Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atendimento: Prontidão: Procedência: Tempo: Peso: Pressão: Registro por: ANTONIA SOARES

Queixa Principal: Queda de moto

Sintomas: Síndrome Febril Síndrome Respiratória Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

anamnese - (HORA DA CONSULTA - 13:30 h)

Relato de história pelo Sr. Luiz Felipe Santana, 35 anos, branco, solteiro, residente em Rua JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 - RR, relatando queda de moto no dia 08/11/2019, às 19h33min, com lesões em cabeça e MTE c/ aneurisma realizado pelo Sr. Dr. Antônio Polígono.

Exame Físico: Lesão em cabeça e MTE c/ aneurisma realizado pelo Sr. Dr. Antônio Polígono.

Hipótese Diagnóstica: TCE grave

SADT - Exames Complementares: RX TÓRAX ULTRA-SON TC BANGUE URINA ECG OUTROS

PRESCRIÇÃO: Solicito RX TÓRAX (E) + bacia TC de crânio, torax e abdome.

Solicito Avaliação pelo Neurologista Dr. Sérgio; Avaliação A TC de crânio, torax e abdome com observação neurologista com TC de crânio torax e abdome.

Assinatura do paciente ou responsável: Assinatura do Médico: Carimbo e Assinatura do Médico

Condição: Alta por Decisão Médica Alta a Pedido Alta a Revelar Transferência para: Ambulatório Observação (Até 24h) Internação Data e Hora da Saída: 11/11/2019 13:30

Outros: Solicito RX TÓRAX (E) + bacia TC de crânio, torax e abdome.

Assinatura do paciente ou responsável: Assinatura do Médico: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia soares Data Hora: 08/11/2019 13:34:08

Assinatura do paciente ou responsável: Assinatura do Médico: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia soares Data Hora: 08/11/2019 13:34:08

Assinatura do paciente ou responsável: Assinatura do Médico: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia soares Data Hora: 08/11/2019 13:34:08

Assinatura do paciente ou responsável: Assinatura do Médico: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia soares Data Hora: 08/11/2019 13:34:08



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.G.R.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ENCUATANTE

2 - CRES

4 - CRES

## Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

Luiz Felipe Santana Vaz

5 - Nº DO PROFISSIONAL

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/11/94

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO AVILA, Nº, BAIRRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. UCE (MUNICÍPIO)

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente em fase de seguimento

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Intervenção

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

Intervenção + Exame físico: Neutrofilia

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

21 - CID-10 PRINCIPAL

22 - CID-10 SECUNDÁRIO

23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

Intervenção cirúrgica de seguimento

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/11/94

Carimbo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

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

32 - [ ] ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - [ ] ACIDENTE TRABALHO TIPO

34 - [ ] ACIDENTE TRABALHO TRAIÇÃO

35 - CRIANÇA SEGURADORA

36 - Nº DO BILHETE

37 - SÉRIE

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNPJ

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

[ ] EMPREGADO

[ ] EMPREGADOR

[ ] AUTÔNOMO

[ ] DESEMPREGADO

[ ] APOSENTADO

[ ] NÃO SEGURADO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

43 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

[ ] CNS

[ ] CPS

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO


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

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/09/2000

Ass: [Assinatura]



	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					445
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
	PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	13/11/2019	DN		
PACIENTE	LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA					
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DIAFISE E					
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		LEITO	401-5	DATA	21/11/2019	
ITEM						HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE					50
2	AVP					10
3	CLEXANE 40MG SC 1X AD DIA					10
4						
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN					50
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AD DIA					10
7	PLASIV 10MG EV 8/8H S/N					10
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN					10
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					10
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					50
11	CURATIVO DIÁRIO					10
12	SSVV + COGG 6/6H					50
13	FAZER DESMAME DE SVD					50
14	RETRAR SVD					50
15	AO HG					50
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					50
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS						
# EXAME FÍSICO: SEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL E						
# PRE						
SINAIS VITAIS						
6 H	PA	FC	FR		DR AUGUSTO CAVALCANTE	
12 H	104/59	78	20	70	CRM-RR 1954	
18 H					RESIDENTE EM ORTOPEDIA E	
24 H					TRAUMATOLOGIA	

Obs: Colhido material para exames laboratoriais e encaminhado ao laboratório. Verificado SSVV  
 [assinatura]


CONFERE COM GABRIEL  
 Em 11/02/2020  
 Ass.: [assinatura]

۱۷۵۵

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE		Secretaria de Estado da Saúde		Hospital Geral de Rio Grande - PAAR / PSE		Av. Engenheiro Eduardo Gomes, 3308	
05/11/2019 13:33:14		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		URGENCIAS	
Paciente: ELUIZ FELYPE SANTANA VARELA		Data Nascimento: 17/11/1984		Idade: 24 A 25 M 27 D		Sexo: M	
Tipo Doc: Documento		Orgão Emissor: Data Emissão: 14/05/2009		Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: BOA VISTA - RR	
IDENTIDADE: 5759592		SBP/GO		CPF: 7544338172		Localidade: BRASILÉRIA	
Nome: MARUS GILVANETE DE SOUSA SANTANA		Nome: ANDRE LUIS VARELA		CPF: (55) 80157-4508		Localidade: BRASILÉRIA	
Endereço: RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 30 --- RR							
Classe de Fato: Plano Convênio		Nº de Carteira		Válido		Assinatura	
SUS - SISTEMA UNICO DE SAÚDE							
Método de Atendimento: URGÊNCIA		Profissional de Atend.		Especialidade		Turno	
ACIDENTE DE TRÂNSITO							
Setor: GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registado em: ANTONIA SOARES	
Queixa Principal: Queda de moto		<input checked="" type="checkbox"/> Síndrome Fobol		<input checked="" type="checkbox"/> Síndrome Respiratória		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
Anamnese da Enfermagem: História da doença atual: Paciente chegou ao Hospital com queixas de dor no tórax, dor no abdômen, náusea, vômito e febre. Foi admitido em UTI com diagnóstico de trauma abdominal e torácico.		GSC: 123456789		TOTAL: 123456789			
Exame Físico: Paciente em estado de choque, com sinais de desidratação e hipotensão.							
Hipótese Diagnóstica: TCE grave							
SAD - Exames Complementares: ( ) RAY X ( ) ULTRASON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) SPO2 ( ) OUTROS							
PRESCRIÇÃO: Analgésico Ex. 100mg @ 4h							
APRAZAMENTO: 14/11/2019							
OBSERVAÇÃO: Paciente em estado de choque, com sinais de desidratação e hipotensão.							
Conduta: ( ) Alta por Decisão Médica ( ) Alta a Pedido ( ) Alta a Família ( ) Transferência para: ( ) Amputação ( ) Genótipo (Feb 2019) ( ) Internação Data e Hora da Solicitação: 14/11/2019 13:33:14							
Assinatura: [Assinatura]							
Assinatura: [Assinatura]							

Impresso por Antônio Soares  
C.A. Home Graphics 19:34:50

Cardinale e Sottoscrizione del Medico





GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME:

Luiz Felipe Santana Vukobratovic  
Lauado Médico

Paciente encontra-se internado  
no Hospital Geral de Roraima,  
Setor 401-5 desde o dia  
8/11/19 com quadro de  
feridas abertas  
segundo procedimento  
~~clínico~~ ~~procedimento~~  
no dia 9/12/19

DATA


13/11/19

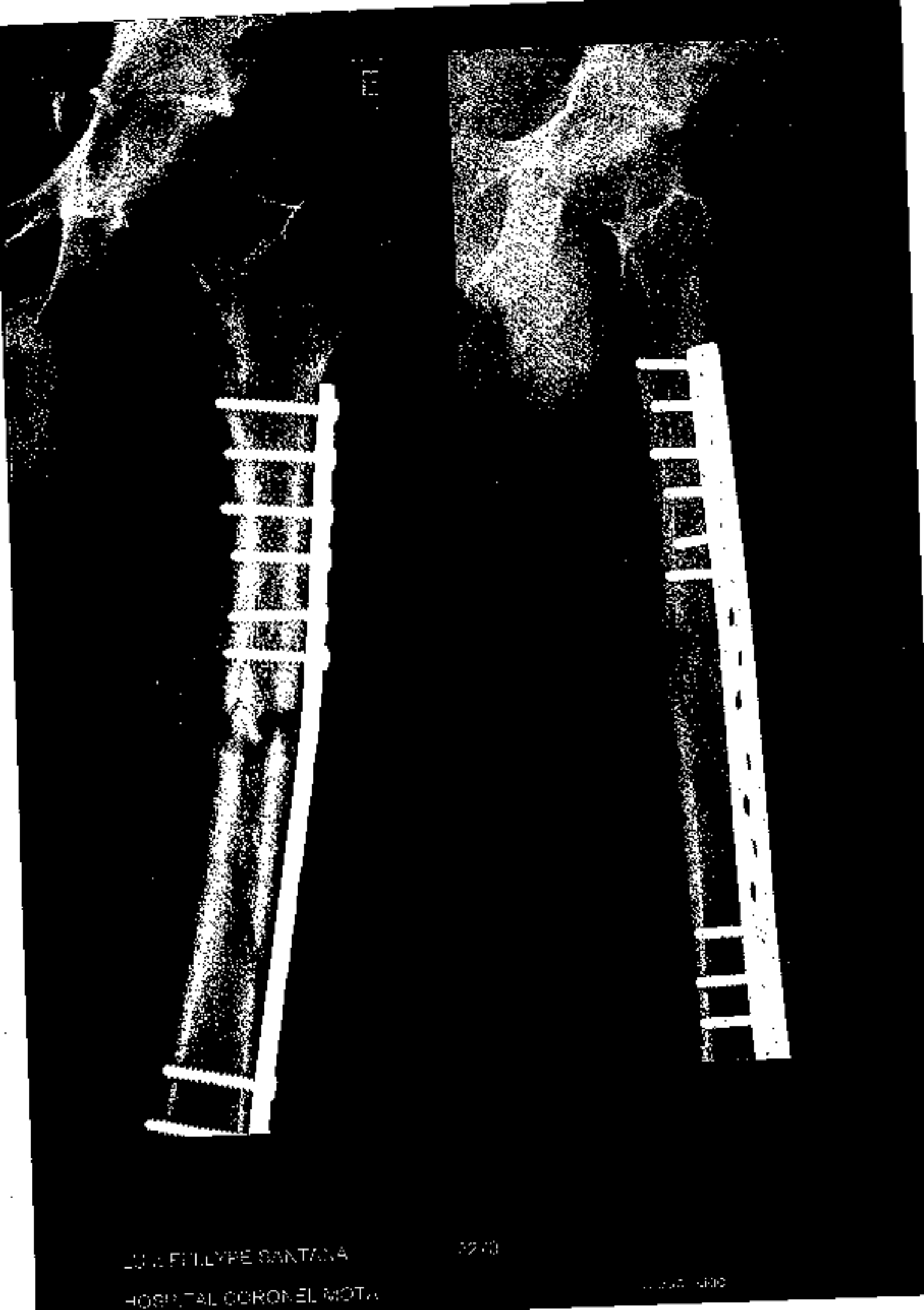
ASSINATURA

Dr. A. ...  
Médico Especialista  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1984

Dr. ...  
Médico Especialista  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1984

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 68.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0838

 <b>SUS</b>	Sistema Unidade de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <b>H.G.R.</b>			2 - CATEGORIA: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:			4 - CNES:
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME DO PACIENTE: <b>Leuzellyze Santana Varetz</b>			6 - Nº DO REGISTRO:
7 - CARTÃO NACIONAL DE UNIDADE FAMILIAR:			8 - DATA DE NASCIMENTO: <b>11/11/94</b>
9 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL:			10 - SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):			12 - TELEFONE DE CONTATO:
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:			14 - CDD 1998 MUNICÍPIO:
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
15 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <div style="font-size: 1.5em; text-align: center;">Paciente com fratura de fêmur (E)</div>			
16 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <div style="font-size: 1.5em; text-align: center;">Internação</div>			
17 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <div style="font-size: 1.5em; text-align: center;">Histórico + Exame físico + Neurologia</div>			
18 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <b>Fratura de fêmur (E)</b>			
19 - PROCEDIMENTO SOLICITADO: <b>Internação</b>			
20 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: <b>Dr. Penacal</b>			
21 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <b>09/11/19</b>			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
22 - ACIDENTE DE TRÂNSITO:			
23 - ACIDENTE TRABALHADO TÍPICO:			
24 - ACIDENTE TRABALHADO ATÍPICO:			
25 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:			
26 - AUTORIZAÇÃO:			
27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
28 - Nº DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL):			



LUIS FILIPE SANTANA  
HOSPITAL CORONEL MOTA

02/00

11/00/00



GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

# RECEITUÁRIO

NOME:

Luiz Felipe Santana Vanda  
Laido, Médico

Paciente encontra-se internado  
no Hospital Geral de Roraima,  
Setor 401-5 desde o dia  
8/11/19 com quadro de  
ferimento grave.  
Após o procedimento  
~~cirúrgico~~ realizado  
no dia 9/12/19

DATA

13/11/19

Dr. A. ASSINATURA E CARIMBO

Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1884

Dr. A. CARIMBO  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1884

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0636

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0086578/20

**Vítima:** LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

**CPF:** 754.043.381-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/11/2019

**Titular do CPF:** LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA : 754.043.381-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/03/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE :

NOME: Luiz Fellype Santana Varela  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Advogado Geral  
Nº DO RG: 5259592 ÓRGÃO EMISSOR: SSP  
DATA DE EMISSÃO: \_\_\_\_\_  
Nº CPF: 754.043.381-72  
ENDEREÇO: AV. Luiz Maximiliano Trindade 30 Senador Helio Campo

## OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: Corretor  
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR  
DATA DE EMISSÃO: 23.10.2014  
Nº CPF: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: CC 18-295 Laura Maxeixo

## PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista-RR, 05 de Fevereiro de 20    .

Luiz Fellype Santana Varela  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

 **CARTÓRIO LOUREIRO**  
DR. JOZIEL LOUREIRO  
TABELÃO E REGISTRADOR  
AV. VISTA DO LAR, Nº 506 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (65) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTELOLOUREIRO.COM.BR

REC AUTENTICA a(s) assinatura(s) Assinatura  
[3etp580]-LUIS FELLYPE SANTANA VARELA  
CK Em testemunho da verdade Boa Vista: 04/02/2020  
Emol 2.45 FUNDEJURR 0.25 FISC 0.10 FECON 0.10 ISS 0.10 Vir Selo 1.50  
Selo REC FIR 1583450756 QN25R52 CK26 N° Ticket: 00252  
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>  
CPF Solicitante: 75404338172

Dr. Eda Severino de Sousa Júnior  
Tabelião Substituto  
Cartório Loureiro

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento, Dou fé.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0086578/20

**Vítima:** LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

**CPF:** 754.043.381-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/11/2019

**Titular do CPF:** LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### LUIZ FELLYPE SANTANA VARELA : 754.043.381-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/03/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA