



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

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200323443

Vítima: MARCIO NUNES DE SOUSA

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIANA DA SILVA NUNES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIO NUNES DE SOUSA

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, contados 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

Carta nº 16115684





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

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200323443

Vítima: MARCIO NUNES DE SOUSA

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIO NUNES DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

| | |
|---------------------------------|--|
| Autorização de pagamento | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmado as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada. |
|---------------------------------|--|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200323443 **Vítima: MARCIO NUNES DE SOUSA**

Data do Acidente: 01/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FABIANA DA SILVA NUNES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIO NUNES DE SOUSA

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: MARCIO NUNES DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 000010124054-6

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 018.834.832-80 4 - Nome completo da vítima: *Marco Nunes da Silva*

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

| | |
|---|--|
| 5 - Nome completo: <i>Marco Nunes da Silva</i> | 6 - CPF: <i>018.834.832-80</i> |
| 7 - Profissão: <i>Ex-gelante</i> | 8 - Endereço: <i>Rua Antônio Cartim da Silva 1769</i> |
| 9 - Número: <i>1769</i> | 10 - Complemento: <i>RJ</i> |
| 11 - Bairro: <i>Santa Louzinha</i> | 12 - Cidade: <i>Osasco</i> |
| 13 - Estado: <i>RJ</i> | 14 - CEP: <i>69317-176</i> |
| 15 - E-mail: <i>fabiana.karla1@hotmail.com</i> | 16 - Tel.(DDD): <i>45-9148-6087</i> |

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

| | |
|---|---|
| 17 - Nome completo do Representante Legal: <i>Juliana da Silva Nunes</i> | 19 - Profissão do Representante Legal: <i>Advogada</i> |
| 18 - CPF do Representante Legal: <i>840.312.292.53</i> | |

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

| | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

| | | |
|--|--|---|
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: | <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | Nome do BANCO: _____ |
| AGÊNCIA: <i>0250</i> | CONTA: <i>124 054</i> | AGÊNCIA: _____ |
| (Inserir o dígito se existir) | (Inserir o dígito se existir) | CONTA: _____ |
| | | (Inserir o dígito se existir) |

Autorizo a Seguradora Lider 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 preseguimento 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, as custas da Seguradora Lider 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: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente | <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | | |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

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

34

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)

40 - Local e Data, *Osasco RJ 22 de junho 2020*

Marco Nunes da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Fabiana S. Nunes
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FFP.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 018.834.832-80 4 - Nome completo da vítima: *Marcelo Nunes de Souza*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: *Marcelo Nunes de Souza* 6 - CPF: 018.834.832-80
 7 - Profissão: *Vigilante* 8 - Endereço: *Rua Antônio Coutinho da Silva 17-69* 9 - Número: 17-69 10 - Complemento:
 11 - Bairros: *Santa Lúcia* 12 - Cidade: *Bea Vista* 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69317-176
 15 - E-mail: *RICKY1983@hotmail.com* 16 - Tel. (DDD): (95) 9148-6087

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:

RECUZO 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)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: *0250* CONTA: *124.054* (4)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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: | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: | | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deu ou nasceu (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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
víma 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Bea Vista/RR, 17 de setembro de 2020*

Marcelo Nunes de Souza

Fabiana S. Nunes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

em 000 0000/0000

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

| | | |
|-------|------------------------------------|--|
| 01a16 | Registro de informações cadastrais | Preencher corretamente de acordo com a documentação. |
|-------|------------------------------------|--|

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|----|--------------------------------------|---|
| 17 | Nome completo do Representante Legal | Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação. |
| 18 | CPF do Representante Legal | Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF. |
| 19 | Profissão do Representante Legal | Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui". |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

| | | |
|----|----------------------------------|--|
| 20 | Renda Mensal do Titular da conta | Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização. |
| 21 | Dados bancários | Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização. |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

| | | |
|----|--|--|
| 22 | Declaração de Ausência de Laudo do IML | Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. |
|----|--|--|

MORTE

| | | |
|---------|------------------------------------|---|
| 23 a 33 | Declaração de Únicos Beneficiários | A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário. |
|---------|------------------------------------|---|

NÃO ALFABETIZADO

| | | |
|----|--|---|
| 34 | Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado. |
| 35 | Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) | Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo). |
| 36 | CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) | Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo). |
| 37 | Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) | Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade. |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- Não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

| | | |
|----|---------------------------|--|
| 38 | 1 ^ª testemunha | Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1 ^ª testemunha. |
| 39 | 2 ^ª testemunha | Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2 ^ª testemunha. |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

| | | |
|----|--|--|
| 40 | Local e Data | Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário. |
| 41 | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade. |
| 42 | Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade. |
| 43 | Assinatura do Procurador (se houver) | Assinatura do procurador devidamente nomeado. |

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR
ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 9665/2020 - Registrado em: 26/08/2020 às 13h 18min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 01/02/2020 às 07h 40min

LOCAL DO FATO

Município: AMAJARI

UF: RR

Logradouro: VC 01 PA BOM JESUS

Nº: 701

CEP: 69343-000

Bairro: CENTRO

Tipo de local: ASSENTAMENTO RURAL

Referência: VILA DA BOLA

Complemento: KM 07

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

MARCIO NUNES DE SOUSA(29), nascido(a) em 13/05/1991, sexo MASCULINO, solteiro(a), CPF Nº 018.834.832-80, País: BRASIL, natural de CAXIAS-MA, filho(a) de FRANCISCA BATISTA DA SILVA e PEDRO EVANGELISTA DE SOUSA, endereço: AMAJARI, Nº: 820, bairro: DOUTOR AIRTON ROCHA, BOA VISTA-RR, referência: PROXIMO DA PRAÇA, Telefone: (95) 98117-286.

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE POR VOLTA DAS 07:40HS DA MANHA DO DIA 01 DE FEVEREIRO DE 2020, O COMUNICANTE JUNTAMENTE COM SENHORA CLEIDE, ESTAVAM SE DESLOCANDO EM SUA MOTO CG FAN 150 CC, DE PLACA NAO6173, NA VICINAL 01 DO AMAJARI, SEGUINDO SENTIDO À VILA BRASIL, PARA A VILA DA BOLA, E DURANTE A TRAVESSIA DA PONTE CHAMADA "PAU BARU", O DESLIZANTE DA PONTE ESTAVA SOLTO, O QUE FEZ COM QUE O MOTORISTA DA MOTOCICLETA PERDESSE O CONTROLE, VINDO A CAIR NAS PEDRAS DO RIO PAU BARU. QUE FICARAM DAS 07:40HS ATÉ AS 13:00HS NO LOCAL, QUANDO FORAM LOCALIZADOS POR MORADORES QUE ESTAVAM PASSANDO, QUE FIZERAM CONTATO COM O SAMU E A POLICIA, PARA FAZER O RESGATE DOS ACIDENTADOS, QUE AO CHEGAREM NO LOCAL, FIZERAM OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS E FORAM CONDUZIDOS PARA HOSPITAL DA VILA BRASIL, ONDE O MEDICO OS EXAMINOU E REALIZOU OS PROCEDIMENTOS DE PRAXE, E SOLICITOU QUE ELES FOSSEM CONDUZIDOS PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA- HGR.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

VALDEMIR DE S. CONSTANTINO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000887
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

MARCIO NUNES DE SOUSA
COMUNICANTE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 018.834.832-80 4 - Nome completo da vítima: *Marco Nunes da Silva*

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

| | |
|---|--|
| 5 - Nome completo: <i>Marco Nunes da Silva</i> | 6 - CPF: <i>018.834.832-80</i> |
| 7 - Profissão: <i>Ex-gelante</i> | 8 - Endereço: <i>Rua Antônio Cartim da Silva 1769</i> |
| 9 - Número: <i>1769</i> | 10 - Complemento: <i>Ribeirão Preto</i> |
| 11 - Bairro: <i>Ribeirão Preto</i> | 12 - Cidade: <i>Ribeirão Preto</i> |
| 13 - Estado: <i>SP</i> | 14 - CEP: <i>14801-000</i> |
| 15 - E-mail: <i>fabiana.karla1@hotmail.com</i> | 16 - Tel.(DDD): <i>16-9148-6087</i> |

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

| | |
|---|---|
| 17 - Nome completo do Representante Legal: <i>Juliana da Silva Nunes</i> | 19 - Profissão do Representante Legal: <i>Advogada</i> |
| 18 - CPF do Representante Legal: <i>840.312.292.53</i> | |

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

| | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

| | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) | Nome do BANCO: _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ |
| AGÊNCIA: <i>0250</i> CONTA: <i>124 054</i> (informar o dígito se existir) | (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) |

Autorizo a Seguradora Lider 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 preseguimento 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, as custas da Seguradora Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: _____ | | | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ | 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____ | | | |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ | 30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

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

34

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)

40 - Local e Data, *Ribeirão Preto 22 de junho 2020*

Marco Nunes da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Fabiana S. Nunes
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 V002/2019



TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

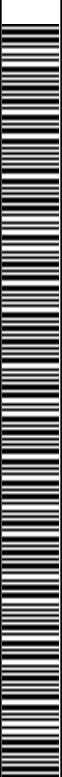
CLIENTE: MARCIO NUNES DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010124054-6

Nr. da Autenticação 426F889DA69117B2







DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraalider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 145/12, disponível no endereço eletrônico

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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-Defesa, constudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF³.

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

Pelo exposto eu Fuliana de S. Nunes inscrito (a) no CPF/CNPJ 890.312.292-53,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcio Nunes de Souza inscrito
(a) no CPF sob o Nº 018.834.832/80 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez permanente da Vítima
Marcio Nunes de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.834.832/80, conforme
determinado na Circular Susep 445/12:

Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

X-RAY (nm)

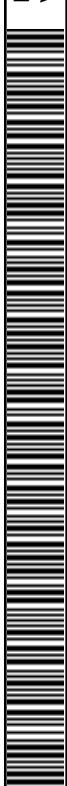
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

| | | | |
|--|---|--|---|
| Endereço Número Bairro Cidade | Avenida Nazaré Filgueiras 2387 Pantolândia Bea Vista | Número Estado CEP | Complemento Escritório RR 69.316-415 |
| Endereço Número Bairro Cidade | Fábiane Karla 21 Hotmail.com | Telefone comercial (DDD) (95) 3628-1943 | Telefone celular (DDD) (95) 98412-6557 |

Bra. Vista/08/22 de junho de 2020
Local e Data

fabiana da Silva Nunes
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante





GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Marcos Henrique da Souza

Data: 21 / 02 / 2020 O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Fratura exposta da Tíbia*

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: *Tratamento Cirúrgico*

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: *Dr. Fernando Rezende*
CRM-RR 695
RG 434 RQE 691

1º AUXILIAR: *Dr. Fernando*

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. P. cintu um DDI onde expondo;
2. AA + OCE;
3. Ampliação da incisão + h MC + Colocação de
- FE de plástico sobre contorno endoscópico + sutura de
- pele + curstivo;
6. A RPA.

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 2007



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

| PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO | | | | | | | | | | | | DATA: 01/12/2020 | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|--------|-----|-----------------------------|-----|--------------------|------------------------|-----|---------------------------------|---|-----|------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------------|--|--|--|--|--|
| FEN 40 mg / MDZ 1,5 mg iv | | | | | | | | | | | | Nº | | | | | | | | | | | |
| AGENTES | 17 | 15 | 30 | 45 | 45 | 15 | 20 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | | | | | | |
| | N 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LÍQUIDOS VENOSOS | 17 | 15 | 30 | 45 | 45 | 15 | 20 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | | | | | | |
| | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | | | | | | |
| DA X | 17 | 240 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 36 | 220 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ULSO | 36 | 200 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 34 | 180 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANES X | 32 | 160 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 30 | 140 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CP O | 17 | 120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 36 | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEMP | 17 | 80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 36 | 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASPIR A | 17 | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 36 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESP O | 17 | Espos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 36 | Assist | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Centro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SABOLOS | | | | | | | | | | | | A X 0 | | | | | | | | | | | |
| A P. 0 | | | | | | | | | | | | A P. 0 | | | | | | | | | | | |
| AGENTES | A: MIDAZOLAM 0,5 / 10,2 mg | | | DOSES | | | TECNICA | | | ANOTAÇÕES | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | Endotrófica: tempo | | | x monitorização com PA, PC, ECG, SpO ₂ | | | | | | | | | | | | | |
| C | | | | | | | + halotano | | | 1. Paciente sentado. Anestesia da ruga com alveol 30%. Intubação de campo quando estiver. Análise dos gases: capnografia: profunda com 100% de O ₂ e 40 mg de fentanil. Substituindo 40 mg entre 3-6% na mediana com aquário 166 ml. | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | 2. Ponto de fio de dura. Liquefazível quando o fio de dura. Faz injecção de 100 mg de fentanil. | | | | | | | | | | | | | |
| E | | | | | | | aperturas com 0 | | | 3. Injetar 100 mg de fentanil. | | | | | | | | | | | | | |
| F | | | | | | | diamoximida em 1000 ml | | | 4. Injetar 100 mg de fentanil. | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | 1000 ml / min | | | 5. Injetar 100 mg de fentanil. | | | | | | | | | | | | | |
| GLICOSE | LÍQUIDOS | | | Cálcio - NaCl / Oxo-Faringe | | | | | | 6. Injetar 100 mg de fentanil. | | | | | | | | | | | | | |
| NOCO | | | | NaCl / Ossipresser - Ceto | | | | | | 7. Injetar 100 mg de fentanil. | | | | | | | | | | | | | |
| SAÍDA | | | | Sal - TAN - Calibre do Tuba | | | | | | 8. Injetar 100 mg de fentanil. | | | | | | | | | | | | | |
| 500 ml / 1500 ml | | | | | | Sob Máscara | | | 9. Injetar 100 mg de fentanil. | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Diluivante Técnico | | | 10. Injetar 100 mg de fentanil. | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL 1500 ml | | | | | | | | | | | | TEMPO DE ANESTESIA | | | | | | | | | | | |
| OPERAÇÃO LIMPAZIN CIRURGICO + FLESGA GATERANT | | | | | | | | | | | | Laringo - Esofago - Excesso Saliva | | | | | | PA - Blocoar | | | | | |
| Tubar Esculpido | | | | | | | | | | | | Depressão Respiratória - Hipoxia | | | | | | Respiração - Arteria | | | | | |
| ANESTESIA Dr. Fábio M. M. Herrera | | | | | | | | | | | | "Bunting" - VG-Hip | | | | | | Brid. Tránsito - Círculo | | | | | |
| CÓDIGO Dr. M. M. Herrera | | | | | | | | | | | | Perda Sanguínea | | | | | | Oxilotônico | | | | | |
| CRM 307/RR | | | | | | | | | | | | Coligat. (sel.) | | | | | | | | | | | |

Alberto F. M. Herrera
Médico-Anestesiologista
CRM 307/RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

| | | | | |
|-----------------------|-----|--------------|------------------|------------|
| NOME DO PACIENTE | 28a | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA |
| Wences Nunes de Souza | | | 79471 | 01/02/2020 |

| CIRURGIA | | | TEMPO DE DURAÇÃO | |
|---|--------|-------|------------------|--|
| TIPO | INICIO | FIM | TEMPO TOTAL | |
| LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + Finsaferina mã | 18:40 | 19:50 | | |

| CIRURGIÃO | EQUIPE MÉDICA | | |
|-------------|-----------------|---------|--|
| Max | ANESTESISTA: | Fabio | |
| 1º AUXILIAR | RES. ANESTESIA: | Ricardo | |
| 2º AUXILIAR | INSTRUMENTADOR | | |
| | CIRCULANTE | | |
| | Diego | | |

| TIPO DE ANESTESIA: | Sedan + Raqui | | | | |
|--------------------|---------------|-------|-------|--------------|-------|
| QUANT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT | MEDICAMENTOS | VALOR |

| | | | | | |
|---|-----------------------------|--|--|-----------------------------------|--|
| 1 | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. | | | FRASCOS- SORO FISIOLOGICO - 500ml | |
| 1 | PACOTES GAZE | | | Fraca de Sopro | |
| 1 | LUVA ESTERIL 7.0 | | | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO | |
| 1 | LUVA ESTERIL 7.5 | | | FRASCOS- SORO GLICOSADO | |
| 1 | LUVA ESTERIL 8.0 | | | FIO VICRYL N° | |
| 1 | LUVA ESTERIL 8.5 | | | FIO MONONYLON N° 2.0 | |
| 1 | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS | | | FIO ALGODÃO SEM AGULHA N° | |
| 1 | LÂMINA BISTURI N° 22/24 | | | FIO ALGODÃO COM AGULHA N° | |
| 1 | DRENO DE SUCÇÃO N° | | | FIO CATGUT SIMPLES N° | |
| 1 | DRENO DE TORAX N° | | | FIO CATGUT CROMADO N° | |
| 1 | DRENO DE PENROSE N° | | | FIO PROLENE N° | |
| 1 | SERINGA 01ML | | | FIO SEDA N° | |
| 1 | SERINGA 03ML | | | SURGICEL | |
| 1 | SERINGA 05 ML | | | CERA P/ OSSO | |
| 1 | SERINGA 10ML | | | KIT CATARATA N° | |
| 1 | SERINGA 20ML | | | Opacodrop | |
| 1 | Fibrades | | | Atadura | |
| 1 | Cadeira de O2 | | | Fixador | |
| | | | | 300 | |
| | | | | OUTROS: PUPA Topico | |
| | | | | Alcool à 70% | |

| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | VALOR |
|---|----------------------------|-------|
|---|----------------------------|-------|

| INSTRUMENTADOR (A) | ENFERMEIRA CHEFE | MATERIAL MEDICAMENTOS | SUB- TOTAL |
|---------------------------------------|------------------------|-----------------------|------------|
| | Alessandra/ Jacqueline | TAXA DE SALA | |
| UNCIONÁRIO/CALCULOS | CIRCULANTE DE SALA | TAXA DE ANESTESIA | |
| SOMA | | | |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE | | | |

401-5

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



DATA DE ADMISSÃO

DN

PACIENTE

Floraciun da Sanguin

DIAGNÓSTICO

Sustura Cípote de Tíbia F

ALERGIAS

IDADE

LEITO

DATA

01.01.2020

ITEM

PREScrição

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

SND

2 AVS

Mun

3 DIPIRONA 2ML EV 6/6 HORAS

21.06.12

4 PLASIL 10MG EV 8/8 HORAS SN

5M

5 TILATIL 20MG IV 12/12HS

22.10

6 TRAMAL 100mg+SF0.9% 100ml IV 8/8hs se-dor intensa

5N

7 CEFALOTINA 1g IV 6/6hs (Sulpa)

22.10

8 SINAIS VITAIS

5N

9 CUIDADOS GERAIS

Rutine

10 Clindamicina 60 mg GU 8/8H

22.10 14

11 Ciprofloxacin 500 mg GU 22/12H. n/peito

22.10 12

12

13

14

15

16

Dr. Fernando Rezende

17

CRM RR: 2007

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

06/12/2020 10:06x62 P. 81 F: 35,9°C

| SINAIS VITAI | PA | FC | FR | TEMP |
|--------------|--------|----|----|-------|
| 6 H | | | | |
| 12 H | | | | |
| 18 H | | | | |
| 24 H | 117x71 | 79 | | 35,29 |

06/12/2020 10:06x62 P. 81 F: 35,9°C
R: 30:101 Recente admissão no bloco S,
procedente do bloco S, com traçado estéril
em MIE. aos cuidados da ortopedia

401-5



Фондато от князя
Ивана Грозного

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



Pr
Const

| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | 01/02/2020 | DN |
|--|---|-------|------------|------------|
| PACIENTE | MARCIO NUNES DE SOUSA | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E | | | |
| ALERGIAS | HAS | DM2 | | |
| IDADE | LEITO | 401-5 | DATA | 02/02/2020 |
| ITEM | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | SND |
| 2 | AVP | | | manten |
| 3 | | | | |
| 4 | TILATIL 20MG EV DE 12/12H | | | |
| 5 | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H | | | 20 |
| 6 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA | | | 12-18 |
| 7 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | | | |
| 8 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR | | | SN |
| 9 | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | | | SN |
| 10 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | SN |
| 11 | CURATIVO DIÁRIO | | | SN |
| 12 | SSVV + CCGG 6/6H | | | notenir |
| 13 | CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H | | | notenir |
| 14 | CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12 | | | 12-18 |
| 15 | | | | 120 |
| 16 | | | | |
| <u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA TROCAR GESSO POR OUTRO | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS SEM QUEIXAS ÁGICAS.

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM Perna ESQUERDA.

門禁系統

SINAIS VITAIS

| 6 H | PA | FC | FR | |
|------|--------|----|----|-------|
| 12 H | 12189 | 82 | — | 36.36 |
| 18 H | 138184 | 85 | — | 36.6 |
| 24 H | 14077 | 86 | 78 | 36.81 |

Dr. Pedro Di Giacomo
CRM 14151

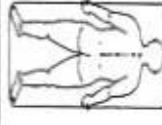
Memória Permanente da Sra.
Auxiliar de Enfermagem
Carmo RR AE1.009 AE

Parent oriented, but
adolescent hours, refine
~~is a kind of alienation~~



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

| | | |
|--|--|--|
| HGR Hospital de Guarapuava | Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – Paciente: <i>marcio viana de souza</i> HGR Leito: <i>401-5</i> | Protocolo n° 1 Versão:08 Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018 |
|--|--|--|

| | | | | |
|---|---|--------------------|---|---------------|
| Localização |   Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> | Região: MSP |   Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> | Região: _____ |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Aparência do Leito | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ | | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ | |
| Pele Perilesional | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Tipo de Exsudato | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Quantidade de Exsudato | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Solução de Limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% | | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% | |
| Cobertura primária | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Troca " | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h | | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h | |
| Profissional que realizou F. e procedimento | Alencar Ferreira União Santa Síria Luzia Gomes de Lima Luiz Henrique Carolina Coren RR 553058 TEC Coren RR 360103 | | | |
| Observações: | | | | |



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



| | | | | | | |
|------------------|---|-------------|------------|------------|--|-------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | 23/01/2020 | DN | | |
| PACIENTE | MARCIO NUNES DE SOUSA | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FX EXPOSTA D TIBIA E | | | | | |
| ALERGIAS | HAS | | DM2 | | | |
| IDADE | LEITO | 401-5 | DATA | 03/02/2020 | | |
| ÍTEM | HORÁRIO | | | | | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | <i>5/11</i> | | | | |
| 2 | AVP. | <i>5/11</i> | | | | |
| 3 | CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA | <i>5/11</i> | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN | <i>5/11</i> | | | | |
| 6 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA | <i>5/11</i> | | | | |
| 7 | PLASIL10MG EV 8/8H S/N | <i>5/11</i> | | | | |
| 8 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR, IN | <i>5/11</i> | | | | |
| 9 | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | <i>5/11</i> | | | | |
| 10 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | <i>5/11</i> | | | | |
| 11 | CURATIVO DIÁRIO | <i>5/11</i> | | | | |
| 12 | SSVV + CCGG 6/6H | <i>5/11</i> | | | | |
| 13 | CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H | <i>5/11</i> | | | | |
| 14 | CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12 | <i>5/11</i> | | | | |
| 15 | SOLICITO RX CONTROLE | <i>5/11</i> | | | | |
| 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 TROCAR GESSO PÓR OUTRO | | | | | <i>5/11</i> |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO.,, FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERBA

KRAII

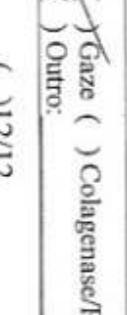
| SINAIS VITAIS | | | | | DR. AUGUSTO CAVALCANTE |
|---------------|--------|----|----|-------|--|
| 6 H | PA | FC | FR | TEMP | CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |
| 11 12 H | 137/89 | 75 | 20 | 36 3C | <i>John D. Lopez Ag</i> CRM-RR 556 |
| 18 H | 146/93 | 80 | 19 | 37 2C | |
| 24 H | 130X99 | 70 | 19 | 36C. | |

| | |
|---|--|
|  SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F | |
| Data: _____ / _____ / 20 Enfermaria: _____ Leito: _____ | |
| Nome Completo: _____ DN: _____ / _____ / _____ | |
| Hipótese Diagnóstica: | |
| Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Goticula - aerosol <input type="checkbox"/> Goticula - perdigotos | |
| Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual (is): _____ Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | |
| Paciente Indígena: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Necessidade de intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual idioma: _____ | |
| Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs: _____ | |
| Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Comprometida: | |
| SISTEMA NEUROLOGO | |
| <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Não Reage <input type="checkbox"/> Alterações: _____ | |
| PUPILAS | |
| <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriática <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Hipertérmico | |
| <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Não reagentes <input type="checkbox"/> Alterações: _____ | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO | |
| <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Aspiração | |
| Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____ | |
| SISTEMA CARDIOVASCULAR | |
| <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globosa | |
| <input type="checkbox"/> Pulo Cheio <input type="checkbox"/> Filitiforme <input type="checkbox"/> Arrítmico <input type="checkbox"/> Ruidos Hidroáreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | |
| Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulus: <input type="checkbox"/> Alterações: _____ | |
| SISTEMA URINÁRIO / DIURESE | |
| <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Fraida <input type="checkbox"/> Uropen <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT | |
| <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial | |
| <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia | |
| CARACTERÍSTICAS DA PELE | |
| <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Alterações: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | |
| Lesão por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Edema, Local: _____ Risco de Lesão Sinalizado: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Lesão por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Local: _____ Quantidade: _____ | |
| CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS | |
| Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ | |
| Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ | |
| Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ | |
| Curativos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | |
| <input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada <input type="checkbox"/> Padrão respiratório isofaziz <input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão | |
| <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de Quedas | |
| <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração | |
| <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada | |
| <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente | |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado | |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene | |
| Escala de Morse | |
| 1. Histórico de Queda | |
| Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações <input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas | |
| Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitações <input type="checkbox"/> Identificar o risco de queda na placa de identificação | |
| 2. Diagnóstico Secundário | |
| TOTAL: <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente na higiene | |
| Não 0 Risco Baixo: 0 - 24 <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama | |
| Sim 15 Risco Médio: 25 - 44 <input type="checkbox"/> Manter cama com rodas travadas | |
| 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | |
| Risco Alto: Maior que 45 <input type="checkbox"/> Necessidade de contenção ao leito | |
| Não 0 Sinalização do Risco: <input type="checkbox"/> Manter vigilância de _____ horas | |
| Sim 20 <input type="checkbox"/> Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem <input type="checkbox"/> Calçado seguro nos pés | |
| 4. Auxílio na Deambulação | |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 <input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ao alcance da mão | |
| Muleta/Bengala/Andador 15 <input type="checkbox"/> _____ | |
| Mobilário Parede 30 <input type="checkbox"/> _____ | |
| 5. Marcha/Deambulação | |
| Normal/Sem deambulação/Acamado 0 <input type="checkbox"/> _____ | |
| Fraca 10 <input type="checkbox"/> _____ | |
| Comprometida/Cambaleante 20 <input type="checkbox"/> _____ | |
| Prescrição de Cuidado Prev Quedas | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |
| Registro Geral: | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____ | |



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

| | | | | | |
|------------|--|--|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| HGR | Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR | Protocolo nº 1 | Versão:08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
| | | Paciente: <u>João Muniz Souza</u> | Leito: <u>Qol. 5</u> | Data: <u>03/02/2020</u> | |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| Localização |  | Região: <u>M C E</u> |  | Região: <u>M C D</u> |
| Etiologia | | Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> | | Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> |
| Aparência do Leito | <p><input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfáculo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> <u>Ortopedia</u></p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p> | | <p><input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfáculo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> <u>Ortopedia</u></p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p> | |
| Pele Perilesional | <p><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p> | | <p><input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p> | |
| Tipo de Exsudato | <p><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Sérrossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p> | | <p><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Sérrossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p> | |
| Quantidade de Exsudato | <p><input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco</p> | | <p><input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco</p> | |
| Solução de Limpeza | <p><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%</p> | | <p><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%</p> | |
| Cobertura primária | <p><input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p> | | <p><input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p> | |
| Troca .. | <p><input type="checkbox"/> 12/12</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Diártio</p> <p><input type="checkbox"/> 48/48h</p> | | <p><input type="checkbox"/> 12/12</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Diártio</p> <p><input type="checkbox"/> 48/48h</p> | |
| Profissional que realizou procedimento: |  |  |  |  |
| Observações: | | | | |

401-5



GOVERNO DE RORAIMA

Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | |
|------------------|--|----------------|------------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | 23/01/2020 | DN |
| PACIENTE | MARCIO NUNES DE SOUSA | | | |
| DIAGNÓSTICO | FX EXPOSTA D TIBIA E | | | |
| ALERGIAS | HAS | DM2 | | |
| IDADE | LEITO | 401-5 | DATA | 04/02/2020 |
| ITEM | | | | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | HORÁRIO | | |
| 2 | AVP | SNS. | | |
| 3 | CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA | mornha | | |
| 4 | | 16 | | |
| 5 | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN | 11:00 15 SN 08 | | |
| 6 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA | 06 | | |
| 7 | PLASIL10MG EV 8/8H S/N | | | |
| 8 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IM | | | |
| 9 | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | SN | | |
| 10 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | |
| 11 | CURATIVO DIÁRIO | M | | |
| 12 | SSVV + CCGG 6/6H | 10/00 | | |
| 13 | CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H | 12/00 | | |
| 14 | CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12 | 10/00 | | |
| 15 | SOLICITO RX CONTROLE | 10/02 | | |
| 16 | PANACÉTICO 750 mg VO 6/6h S/N 38 <u>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)</u> CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI <u>E QU</u> GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA TROCAR GESSO POR OUTRO | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERBA FERIDA SEM SECREÇÃO

Carlos Braguinha La Rosa
Médico
CRM-RR 463

as 386, por
realizar a
ita p. 61.
abertura
Tic Gilda -

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

| SINAIS VITAIS | | PA | FC | FR | TAX |
|---------------|------------|----|----|------|-----|
| 6 H | | | | | |
| 12 H | 160/90 99 | | 20 | 38.0 | |
| 17 18 H | 132/82 103 | | 21 | 37.9 | |
| 24 H | 141/88 95 | | 18 | 37.1 | |

17.20.06 145x80 99 16 37.8
 035: Pacote seque apresentando temperatura
 e apresentou dor abdominal. Fuiro-
 do Plantonista Dr. Francisco. Sigue
 conduta: coleta de exames laborato-
 riais, RX. e Agendado USG. p/ 06/02

as 356 + 4. 379°C.
 Adm medicas do
 Dom 5 C.P.M.



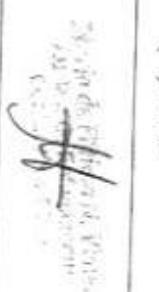
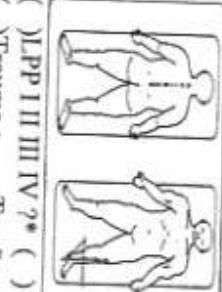
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F

| | | |
|--|-------------------|--------------|
| Data: _____ / _____ / 20 | Enfermaria: _____ | Leito: _____ |
| Nome Completo: _____ / _____ / _____ | | |
| Hipótese Diagnóstica: | | |
| Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerosol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual (is): _____ Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Paciente Indígena: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Necessidade de intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual idioma: _____ Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs: _____ Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Comprometida: | | |
| SISTEMA NEUROLOGO | | |
| (<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Não Reage <input type="checkbox"/> Alterações: PUPILAS (<input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Miotícas <input type="checkbox"/> Midriáctica <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Hipertérmico (<input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes <input type="checkbox"/> Alterações: SISTEMA RESPIRATÓRIO (<input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Aspiração Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____ | | |
| SISTEMA CARDIOVASCULAR (<input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso (<input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Fíliforme <input type="checkbox"/> Arrítmico <input type="checkbox"/> Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Exame Físico: Buihas Cardíacas: <input type="checkbox"/> Pulo: <input type="checkbox"/> Alterações: SISTEMA URINÁRIO / DIURESE (<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Uropen <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT (<input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial (<input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia CARACTERÍSTICAS DA PELE (<input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Alterações: (<input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Lesão por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ Risco de Lesão Sinalizado: _____ | | |
| CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS | | |
| Cáteter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ / _____ / _____ Cáteter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ / _____ / _____ Sinais de infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____ Quantidade: _____ Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Curativos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | |
| (<input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada <input type="checkbox"/> Padrão respiratório Iofaziz <input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão (<input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de Quedas (<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração (<input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Risco de Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada (<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente (<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Difícil no autocuidado para Higiene (<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente <input type="checkbox"/> Difícil no autocuidado para Higiene | | |
| Escala de Morse | | |
| 1. Histórico de Queda _____ 6. Estado Mental _____ <input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas Não _____ 0 Orientado/limitado/conhece as limitações <input type="checkbox"/> Identificar o risco de queda na placa de identificação Sim _____ 25 Superestima capacidade/Esquece limitação 15 <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente na higiene 2. Diagnóstico Secundário _____ TOTAL: _____ <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama Não _____ 0 Risco Baixo: 0 - 24 <input type="checkbox"/> Manter cama com rodas travadas Sim _____ 15 Risco Médio: 25 - 44 <input type="checkbox"/> Necessidade de contenção ao leito 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado _____ Risco Alto: Maior que 45 <input type="checkbox"/> Manter vigilância de _____ horas. Não _____ 0 Sinalização do Risco: <input type="checkbox"/> Calçado seguro nos pés Sim _____ 20 <input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ao alcance da mão 4. Auxílio na Deambulação _____ <input type="checkbox"/> Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 <input type="checkbox"/> Risco registrado na placa de identificação leito Muleta/Bengala/Andador 15 _____ Mobiliário Parede 30 _____ | | |
| Prescrição de Cuidado Prev Quedas | | |
| 5. Marcha/Deambulação _____ <input type="checkbox"/> Registro Geral: Normal/Sem deambulação/Acamado 0 _____ Fraca 10 _____ Comprometida/Cambaleante 20 _____ | | |

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

| | | | | | |
|---|-------------------------|----------------|--------------|--------------------|---------------------|
|  HGR <small>Healthcare Hospital</small> | Núcleo de Enfermagem em | Protocolo nº 1 | Versão:08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
| | Tratamento de Feridas - | Paciente: | Leito: 404-5 | | |
| | | | | | Data: 04/10/2020 |

| | | | | | |
|---|--|--|--|----------------------|--|
| Localização |  | Região: <u>M E</u> |  | Região: <u>M S D</u> | |
| Etiologia | <p>() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular</p> <p>() Trauma : <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia</p> <p>() Outro:</p> | | | | |
| Aparência do Leito | <p>() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Gramulacão () Epitelização</p> <p>() Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros</p> <p>() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor</p> <p>() Outro:</p> | | | | |
| Tipo de Exsudato | <p>() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco</p> <p>() Outro:</p> | | | | |
| Quantidade de Exsudato | <p>() Molhado () Úmido () Seco</p> <p>() Molhado () Úmido () Seco</p> | | | | |
| Solução de Limpeza | <p>() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%</p> | | | | |
| Cobertura primária | <p>() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel</p> <p>() Outro:</p> | | | | |
| Troca .. | <p>() 12/12 () Diário () 48/48h</p> <p>() 12/12 () Diário () 48/48h</p> | | | | |
| Profissional que realizou procedimento: |  | Juciene Moreira Auxiliar de Enfermagem código 45354 | | | |
| Observações: | | | | | |



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

HC
Hospital Geral de Roraima

| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | 23/01/2020 | DN | |
|--|---|-------|------------|-----------------|------------|
| PACIENTE | MARCIO NUNES DE SOUSA | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FX EXPOSTA D TIBIA E | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | DM2 | | |
| IDADE | | LEITO | 401-5 | DATA | 05/02/2020 |
| ITEM | | | | HORÁRIO | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | 5:00 | Planta |
| 2 | AVP | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN | | | 10:30 1 = 37,80 | 50 24 |
| 6 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA | | | | |
| 7 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | | | | |
| 8 | TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II | | | | |
| 9 | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | | | | |
| 10 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | |
| 11 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 12 | SSVV + CCGG 6/6H | | | | |
| 13 | CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H | | | | |
| 14 | CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12 | | | | |
| 15 | AO HC | | | | |
| 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 TROCAR GESSO POR OUTRO | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO.,
FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM Perna ESQUERDA

FERIDA SEM SECREÇÃO, TRANSFIRO PACIENTE AO HC

| | | | | | | |
|---------------|------|--------|-----|----|--------|---------------------------|
| SINAIS VITAIS | 6 H | PA | FC | FR | 38,5°C | DR. AUGUSTO CAVALCANTE |
| | 12 H | 140/80 | 94 | 19 | 36,6°C | CRM-1964 RESIDENTE EM |
| | 18 H | | | | | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |
| | 24 H | 140/90 | 103 | 20 | 38,0°C | |

10:30 → Paciente apresentou T= 37,8°C, administrado oite
5h, segue aos cuidados de Enf. aux. ame

19:00-7h. Medicado em, sendo SSVU.
pac cl. ferme medicado em.

Lúcia Lima Estrela
Téc. Enfermagem
COREN-RR 963.990 TE

HGR **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F**

| | | |
|---|---|--|
| Data: _____ / _____ / 20 | Enfermaria: | Leito: |
| Nome Completo: _____ | | |
| Hipótese Diagnóstica: _____ | | |
| Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerosol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual (is): _____ Paciente Indígena: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Necessidade de intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs: _____ Qual idioma: _____ Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Comprometida: _____ | | |
| SISTEMA NEUROLOGO | | |
| <input type="checkbox"/> Consciente | <input type="checkbox"/> Orientado | <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Não Reage <input type="checkbox"/> Alterações: |
| PUPILAS | | |
| <input type="checkbox"/> Fotorreagente | <input type="checkbox"/> Mióticas | <input type="checkbox"/> Midriática <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> REGULAÇÃO TÉRMICA |
| <input type="checkbox"/> Isocônicas | <input type="checkbox"/> Anisocônicas | <input type="checkbox"/> Não reagentes <input type="checkbox"/> Alterações: <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Hipertérmico |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO | | |
| <input type="checkbox"/> Eupneico | <input type="checkbox"/> Bradipneico | <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Aspiração |
| Oxigenoterapia | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Qual: _____ |
| SISTEMA CARDIOVASCULAR | | |
| <input type="checkbox"/> Normocárdico | <input type="checkbox"/> Bradicárdico | <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso |
| <input type="checkbox"/> Pulso Cheio | <input type="checkbox"/> Fíliforme | <input type="checkbox"/> Arrítmico <input type="checkbox"/> Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente |
| Exame Físico: | Bulhas Cardíacas: <input type="checkbox"/> Pulso: _____ | Alterações: _____ |
| SISTEMA URINÁRIO / DIURESE | | |
| <input type="checkbox"/> Espontânea | <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Fralda | <input type="checkbox"/> Uropen <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT |
| <input type="checkbox"/> Anúria | <input type="checkbox"/> Oligúria | <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial |
| <input type="checkbox"/> Irrigação contínua: <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | <input type="checkbox"/> Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia |
| CARACTERÍSTICAS DA PELE | | |
| <input type="checkbox"/> Hidratada | <input type="checkbox"/> Desidratada | <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Alterações: <input type="checkbox"/> Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente |
| <input type="checkbox"/> Normocorada | <input type="checkbox"/> Ictérica | <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ |
| Lesão por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Região: _____ | Risco de Lesão Sinalizado: _____ |
| CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS | | |
| Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Local: _____ | Data: _____ Trocar em: _____ |
| Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Local: _____ | Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ |
| Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| Dreno de: _____ | Aspecto da secreção: _____ | Quantidade: _____ |
| Curativos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Local: _____ | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | |
| <input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada | <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz | <input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão |
| <input type="checkbox"/> Risco de infecção | <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada | <input type="checkbox"/> Risco de Quedas |
| <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada | <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada | <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração |
| <input type="checkbox"/> Risco de constipação | <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada | <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada |
| <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume | <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo | <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado | |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente | <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene | |
| Escala de Morse | | |
| Prescrição de Cuidado Prév Quedas | | |
| 1. Histórico de Queda | 6. Estado Mental | <input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas |
| Não | 0 Orientado/limitado/conhece as limitações | <input type="checkbox"/> Identificar o risco de queda na placa de identificação |
| Sim | 25 Superestima capacidade/Esquece limitação | <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente na higiene |
| TOTAL: | | |
| Não | 0 Risco Baixo: 0 - 24 | <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama |
| Sim | 15 Risco Médio: 25 - 44 | <input type="checkbox"/> Manter cama com rodas travadas |
| 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | | |
| Não | Risco Alto: Maior que 45 | <input type="checkbox"/> Necessidade de contenção ao leito |
| Sim | 0 Sinalização do Risco: _____ | <input type="checkbox"/> Manter vigilância de _____ horas. |
| 4. Auxílio na Deambulação | | |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado | 0 | <input type="checkbox"/> Calçado seguro nos pés |
| Muleta/Bengala/Andador | 15 | <input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ao alcance da mão |
| Mobilário Parede | 30 | <input type="checkbox"/> _____ |
| 5. Marcha/Deambulação | | |
| Normal/Sem deambulação/Acamado | 0 | |
| Fraca | 10 | |
| Comprometida/Cambaleante | 20 | |
| Registro Geral: _____ _____ _____ | | |
| Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____ | | |

401-5



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



| | | | | |
|---|--|--------------|------------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | 23/01/2020 | DN |
| PACIENTE | MARCIO NUNES DE SOUSA | | | |
| DIAGNÓSTICO | FX EXPOSTA D TIBIA E | | | |
| ALERGIAS | HAS | DM2 | | |
| IDADE | LEITO | 401-5 | DATA | 06/02/2020 |
| ITEM | HORÁRIO | | | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | 5M | | |
| 2 | AVP | 10/01/08 | | |
| 3 | SFOT. 300g 1/3/4h - EV | HC 10/01/08 | | |
| 4 | Uso de corticosteroides 100g 10/01/08 | 10/01/08 | | |
| 5 | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H | Tax 28/01/18 | | |
| 6 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA | 06 | | |
| 7 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | | | |
| 8 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR | | | |
| 9 | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | 5N | | |
| 10 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | |
| 11 | CURATIVO DIÁRIO | M | | |
| 12 | SSVV + CCGG 6/6H | 10/01/08 | | |
| 13 | CLINDAMICINA 600MG EV DE 1/6H | HC 10/01/08 | | |
| 14 | CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12 | 10/01/08 | | |
| 15 | AO HC | 10/01/08 | | |
| 16 | Surgepa corpa 10/01/08 | 14/01/08 | | |
| 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 TROCAR GESSO POR OUTRO | | | | |
| Vitamina C 15g 10/01/08 | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO.,
FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ,SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA ESQUERDA
FERIDA SEM SECREÇÃO, PACIENTE APRESENTA APIÓDIOS DE FEBRE A/E , PESQUISA DE
PLASMODIUM NEGATIVO, LEUC: 9.9 PCR: 109. TRANSFIRO PACIENTE AO HC

Sofrível e dolorosa na clínica
ortopédica

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|-----|----|--------|
| 6 H | PA | FC | FR | + |
| 14 H | 126x86 | 112 | 22 | 38,1°C |
| 18 H | | | | |
| 24 H | | | | |

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



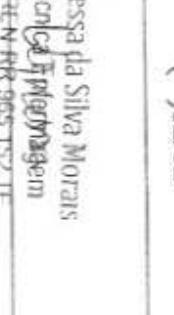
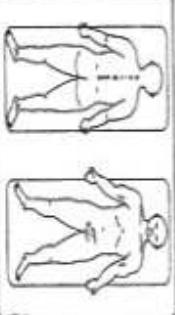
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|--|---|---|--|---|---|---|---|--|---|---|---|--|---|--|--|--|--|---|--|--|------------------------------|---|---|------------------------------|--|--|----------------------------------|--|--|---|---|---|---|---|---|---|--|--|------------------------------|--|--|---|--|--------------------------------|--------------------------------|--|--|---|--|--|
| Data: _____ / _____ / 20 | Enfermaria: | Leito: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Completo: | | DN: _____ / _____ / _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Goticula - aerossol <input type="checkbox"/> Goticula - perdigotos Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual (is): <input type="checkbox"/> Qualidade de intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual idioma: Paciente Indígena: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Necessidade de intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual idioma: Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs: Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Comprometida: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SISTEMA NEUROLOGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Consciente</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Orientado</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Desorientado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fotorreagente</td> <td><input type="checkbox"/> Mióticas</td> <td><input type="checkbox"/> Midriática</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Isocôricas</td> <td><input type="checkbox"/> Anisocôricas</td> <td><input type="checkbox"/> Não reagentes</td> </tr> </table> | | | <input type="checkbox"/> Consciente | <input type="checkbox"/> Orientado | <input type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Fotorreagente | <input type="checkbox"/> Mióticas | <input type="checkbox"/> Midriática | <input type="checkbox"/> Isocôricas | <input type="checkbox"/> Anisocôricas | <input type="checkbox"/> Não reagentes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Consciente | <input type="checkbox"/> Orientado | <input type="checkbox"/> Desorientado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fotorreagente | <input type="checkbox"/> Mióticas | <input type="checkbox"/> Midriática | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Isocôricas | <input type="checkbox"/> Anisocôricas | <input type="checkbox"/> Não reagentes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REGULAÇÃO TÉRMICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Afebril</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Febril</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Hipertérmico</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Alterações:</td> </tr> </table> | | | <input type="checkbox"/> Afebril | <input type="checkbox"/> Febril | <input type="checkbox"/> Hipertérmico | <input type="checkbox"/> Alterações: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Afebril | <input type="checkbox"/> Febril | <input type="checkbox"/> Hipertérmico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alterações: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Eupneico</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Bradipneico</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Taquipneico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oxigenoterapia</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Aspiração</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Qual:</td> </tr> </table> | | | <input type="checkbox"/> Eupneico | <input type="checkbox"/> Bradipneico | <input type="checkbox"/> Taquipneico | <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Aspiração | Qual: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Eupneico | <input type="checkbox"/> Bradipneico | <input type="checkbox"/> Taquipneico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Aspiração | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Qual: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SISTEMA CARDIOVASCULAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Normocárdico</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Bradicárdico</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Taquicárdico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pulso Cheio</td> <td><input type="checkbox"/> Fisiiforme</td> <td><input type="checkbox"/> Arrítmico</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Exame Físico: <input type="checkbox"/> Bulhas Cardíacas: <input type="checkbox"/> Pulsos: <input type="checkbox"/> Alterações:</td> </tr> </table> | | | <input type="checkbox"/> Normocárdico | <input type="checkbox"/> Bradicárdico | <input type="checkbox"/> Taquicárdico | <input type="checkbox"/> Pulso Cheio | <input type="checkbox"/> Fisiiforme | <input type="checkbox"/> Arrítmico | Exame Físico: <input type="checkbox"/> Bulhas Cardíacas: <input type="checkbox"/> Pulsos: <input type="checkbox"/> Alterações: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Normocárdico | <input type="checkbox"/> Bradicárdico | <input type="checkbox"/> Taquicárdico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pulso Cheio | <input type="checkbox"/> Fisiiforme | <input type="checkbox"/> Arrítmico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exame Físico: <input type="checkbox"/> Bulhas Cardíacas: <input type="checkbox"/> Pulsos: <input type="checkbox"/> Alterações: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REGULAÇÃO ABDOMINAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Normotensão</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Distendido</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Globoso</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Alterações:</td> </tr> </table> | | | <input type="checkbox"/> Normotensão | <input type="checkbox"/> Distendido | <input type="checkbox"/> Globoso | Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | | | Alterações: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Normotensão | <input type="checkbox"/> Distendido | <input type="checkbox"/> Globoso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alterações: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> VO</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> SNG/SOG</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> SNE/SOE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> GTT</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Alterações: <input type="checkbox"/> Flatus: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Edema Local: <input type="checkbox"/> Risco de Lesão Sinalizado:</td> </tr> </table> | | | <input type="checkbox"/> VO | <input type="checkbox"/> SNG/SOG | <input type="checkbox"/> SNE/SOE | <input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Parcial | <input type="checkbox"/> GTT | Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia | | | Alterações: <input type="checkbox"/> Flatus: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | | | <input type="checkbox"/> Edema Local: <input type="checkbox"/> Risco de Lesão Sinalizado: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> VO | <input type="checkbox"/> SNG/SOG | <input type="checkbox"/> SNE/SOE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Parcial | <input type="checkbox"/> GTT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alterações: <input type="checkbox"/> Flatus: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Edema Local: <input type="checkbox"/> Risco de Lesão Sinalizado: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Local: _____</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Data: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Local: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Curativo realizado em: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Curativos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____</td> </tr> </table> | | | <input type="checkbox"/> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Local: _____ | <input type="checkbox"/> Data: _____ | <input type="checkbox"/> Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Local: _____ | <input type="checkbox"/> Curativo realizado em: _____ | <input type="checkbox"/> Trocar em: _____ | | | <input type="checkbox"/> Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | <input type="checkbox"/> Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ | | | <input type="checkbox"/> Curativos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Local: _____ | <input type="checkbox"/> Data: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Local: _____ | <input type="checkbox"/> Curativo realizado em: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Trocar em: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Curativos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de infecção</td> <td><input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de Quedas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada</td> <td><input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de constipação</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td><input type="checkbox"/> Comunicação deficiente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo</td> <td><input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente</td> <td><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene</td> <td></td> </tr> </table> | | | <input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada | <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz | <input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão | <input type="checkbox"/> Risco de infecção | <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada | <input type="checkbox"/> Risco de Quedas | <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada | <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada | <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração | <input type="checkbox"/> Risco de constipação | <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada | <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada | <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume | <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente | <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo | <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado | | <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente | <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada | <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz | <input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Risco de infecção | <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada | <input type="checkbox"/> Risco de Quedas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada | <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada | <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Risco de constipação | <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada | <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume | <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo | <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente | <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escala de Morse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. Histórico de Queda</td> <td style="width: 33%;">6. Estado Mental</td> <td style="width: 33%;">Prescrição de Cuidado Prev Quedas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Orientado/limitado/conhece as limitações</td> <td><input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Superestima capacidade/Esquece limitação</td> <td><input type="checkbox"/> Identificar o risco de queda na placa de identificação</td> </tr> <tr> <td colspan="3">2. Diagnóstico Secundário</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td>TOTAL:</td> <td><input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente na higiene</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td>0 Risco Baixo: 0 - 24</td> <td><input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama</td> </tr> <tr> <td colspan="3">15 Risco Médio: 25 - 44</td> </tr> <tr> <td colspan="3">3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Risco Alto: Maior que 45</td> <td><input type="checkbox"/> Manter cama com rodas travadas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Sinalização do Risco: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Necessidade de contenção ao leito</td> </tr> <tr> <td colspan="3">4. Auxílio na Deambulação</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nenhum/Acamado/Auxiliado</td> <td><input type="checkbox"/> Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem</td> <td><input type="checkbox"/> Manter vigilância de _____ horas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Muleta/Bengala/Andador</td> <td><input type="checkbox"/> Risco registrado na placa de identificação leito</td> <td><input type="checkbox"/> Calçado seguro nos pés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mobilílio Parede</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ao alcance da mão</td> </tr> <tr> <td colspan="3">5. Marcha/Deambulação</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Normal/Sem deambulação/Acamado</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fraca</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Comprometida/Cambaleante</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 1. Histórico de Queda | 6. Estado Mental | Prescrição de Cuidado Prev Quedas | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Orientado/limitado/conhece as limitações | <input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Superestima capacidade/Esquece limitação | <input type="checkbox"/> Identificar o risco de queda na placa de identificação | 2. Diagnóstico Secundário | | | <input type="checkbox"/> Não | TOTAL: | <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente na higiene | <input type="checkbox"/> Sim | 0 Risco Baixo: 0 - 24 | <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama | 15 Risco Médio: 25 - 44 | | | 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | | | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Risco Alto: Maior que 45 | <input type="checkbox"/> Manter cama com rodas travadas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Sinalização do Risco: _____ | <input type="checkbox"/> Necessidade de contenção ao leito | 4. Auxílio na Deambulação | | | <input type="checkbox"/> Nenhum/Acamado/Auxiliado | <input type="checkbox"/> Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem | <input type="checkbox"/> Manter vigilância de _____ horas | <input type="checkbox"/> Muleta/Bengala/Andador | <input type="checkbox"/> Risco registrado na placa de identificação leito | <input type="checkbox"/> Calçado seguro nos pés | <input type="checkbox"/> Mobilílio Parede | | <input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ao alcance da mão | 5. Marcha/Deambulação | | | <input type="checkbox"/> Normal/Sem deambulação/Acamado | | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Fraca | | | <input type="checkbox"/> Comprometida/Cambaleante | | |
| 1. Histórico de Queda | 6. Estado Mental | Prescrição de Cuidado Prev Quedas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Orientado/limitado/conhece as limitações | <input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Superestima capacidade/Esquece limitação | <input type="checkbox"/> Identificar o risco de queda na placa de identificação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Diagnóstico Secundário | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Não | TOTAL: | <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente na higiene | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim | 0 Risco Baixo: 0 - 24 | <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 Risco Médio: 25 - 44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Risco Alto: Maior que 45 | <input type="checkbox"/> Manter cama com rodas travadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Sinalização do Risco: _____ | <input type="checkbox"/> Necessidade de contenção ao leito | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Auxílio na Deambulação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Nenhum/Acamado/Auxiliado | <input type="checkbox"/> Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem | <input type="checkbox"/> Manter vigilância de _____ horas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Muleta/Bengala/Andador | <input type="checkbox"/> Risco registrado na placa de identificação leito | <input type="checkbox"/> Calçado seguro nos pés | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Mobilílio Parede | | <input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ao alcance da mão | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Marcha/Deambulação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Normal/Sem deambulação/Acamado | | <input type="checkbox"/> _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fraca | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Comprometida/Cambaleante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Registro Geral: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ _____ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

| | | | | |
|--|---------------------------------------|------------------|--------------------------------|----------------------------|
| Núcleo de Enfermagem em HGR | Protocolo nº 1 | Versão:08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
| Tratamento de Feridas - HGR | Paciente: <i>José Gregorio</i> | | | |
| | Leito: <i>H04 - C</i> | | Data: <i>06/09/2020</i> | |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| Localização |  | Região: <i>Pelvis</i> |  | Região: _____ |
| Etiologia | <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Trauma : _____ | Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular | Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> |
| Aparência do Leito | <input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros | | <input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros | |
| Pele Perilesional | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Tipos de Exsudato | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Quantidade de Exsudato | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco | | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco | |
| Solução de Limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% | | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% | |
| Cobertura primária | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Troca .. | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h | | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h | |
| Profissional que realizou procedimento: | <i>Vanessa da Silva Moraes</i> <i>Enfermeira</i> <i>CONE-NR 965152 TE</i> | | <i>Rodrigo Silva Rodrigues</i> <i>Enfermeiro</i> <i>CONE-NR 965152 TE</i> | |
| Observações: | | | | |

Anexo I

BLOCO A

Altas 02/04/2020

| | | | | |
|---|---------------------|---|---|---|
| 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 | | 2 - CNES | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | 4 - CNES | | |
| Identificação do Paciente | | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | 6 - N.º DO PRONTUÁRIO | | |
| 6 - N.º DO PRONTUÁRIO | | 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | 8 - DATA DE NASCIMENTO | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 7000004801290803 | 8 - DATA DE NASCIMENTO | |
| 9 - SEXO | | 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | 11 - TELEFONE DE CONTATO DDD: 11 - N.º DO TELEFONE | |
| Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> | | Flávia Botelho da Silva Viana | 12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, Bairro) | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO | 15 - UF | 16 - CEP |
| Belo Horizonte | | 31020-000 | MG | 31200-000 |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | | | | |
| <i>Fix osso em ferma (E)</i> | | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | | |
| <i>As acima</i> | | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | | |
| <i>Exame clínico + Radiografia</i> | | | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL | | 21 - CID 10 PRINCIPAL | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| <i>Fix osso ferida (E)</i> | | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | |
| <i>Fixação de ossos da ferma (E)</i> | | | | |
| 26 - CLÍNICA | | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 28 - DOCUMENTO | 29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE |
| | | | () CNS () CPF | |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO | 32 - ASSINATURA E CARMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| <i>Dr. DIREITO Geral FA</i> | | 01/04/2020 | <i>Don Martins</i> Médico Residente Medicina Traumatologista União da Vitória - PR | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) | | | | |
| 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO | | 36 - CNPJ DA SEGURADORA | 37 - N.º DO BILHETE | 38 - SÉRIE |
| 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | | 39 - CNPJ EMPRESA | 40 - CNAE DA EMPRESA | 41 - CNPJ |
| 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | | | |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | | () EMPREGADO () EMPREGADOR | () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO | () APOSENTADO () NÃO SEGURADO |
| AUTORIZAÇÃO | | | | |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR | 45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| | | | | |
| 46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | () CNS () CPF | | |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | 48 - ASSINATURA E CARMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) | | |
| 1/14/20 | | | <i>04080543</i> <i>5873</i> | |
| <i>W495</i> | | | | |

31/03/2020

E - 54 ST

Laudo Para Solicitação De A. I. H....

104 -



Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES
231965-8

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

4 - CNES
231965-8

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
MÁRCIO NUNES DE SOUSA

6 - N.º DO PRONTUÁRIO
00079471

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700004801290803

8 - DATA DE NASCIMENTO
13/05/1991

9 - SEXO
1 - Masculino

10 - RACA / COR
PARDA

11 - NOME DA MÃE

FRANCISCA BATISTA DA SILVA NUNES

12 - FONE DE CONTATO
(95) 98406-0274

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
MÁRCIO NUNES DE SOUSA

14 - FONE DE CONTATO
(95) 98406-0274

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)
RUA: JOSE PEREIRA DA SILVA - SIN - CENTRO

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO/UF
140002 RR 69.343-000

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
AMAJARI

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N.º DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

CIRURGIA GERAL

ELETIVO

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

31/03/2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N.º DOCUMENTO (CCNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 31/04/2020 O.S. _____

MARLIO NUNES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frx de ossos da Perna (E)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Acima

TIPO DE INTERVENÇÃO: PLACA BLOQUEADA DE PILAS + 12 Parafusos

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

GNÓSTICO OPERATÓRIO: Frx ossos da perna (E)

CIRURGIÃO: DR ALBERTO

1º auxiliar: DR FURTADO

2º auxiliar: DR DINAS

INSTRUMENTADORA: DR ALBERTO

3º auxiliar: DR AGUSTO

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: DR

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1º PACIENTE EM DOR

2º AA + CCE

3º INCISÃO LONGITUDINAL DA PERNAS (E)
DIVISÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DA FRACTURA.
4º REDUÇÃO ANATÔMICA COM COLOCACAO PAVIMENTO
INTIMA PLEXUS menisco + PLACA BLOQUEADA DE PILAS
COM 12 PARAFUSOS.

5º CAVAGEM NEUROÍDICA EXASIVA

6º FECHAMENTO POR PLANOS + CURRIVO CONVENCIONAL
AO RPA.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Marcia Nunes da Souza, 41 a

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|---|-----------------------------|--|----|--|----|----|----|----|----|----|----|--|--|
| PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO | | *Fentanil 50 mcg EV *midazolam 2 mg EV | | | | Nº Boa Vista - RR 01.04.2020 | | | | | | | | | |
| 8:00 | | 9:00 | | 10:00 | | | | | | | | | | | |
| AGENTES | N 30 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | | |
| | 02 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | | |
| LÍQUIDOS VENOSOS | A | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | | |
| | V | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | | |
| DA | 10 | 240 | 500 ml 500 ml 500 ml 400 ml | | | | | | | | | | | | |
| | X | 36 | 220 | 500 ml 500 ml 500 ml 400 ml | | | | | | | | | | | |
| ULSO | 36 | 200 | 500 ml 500 ml 500 ml 400 ml | | | | | | | | | | | | |
| | 36 | 200 | 500 ml 500 ml 500 ml 400 ml | | | | | | | | | | | | |
| ANES | 34 | 180 | | | | | | | | | | | | | |
| | X | 32 | 180 | | | | | | | | | | | | |
| OP | 30 | 140 | | | | | | | | | | | | | |
| | O | 20 | 120 | | | | | | | | | | | | |
| TEMP | 10 | 100 | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | 80 | | | | | | | | | | | | | |
| ASPIR. | A | 60 | | | | | | | | | | | | | |
| | 40 | 80 | | | | | | | | | | | | | |
| RESP | O | 40 | | | | | | | | | | | | | |
| | 20 | 20 | | | | | | | | | | | | | |
| Export | | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | | | | | | | | |
| Assist | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contro | | | | | | | | | | | | | | | |
| SÍMBOLOS | | * 0,1 1 2 3 4 5 1/2 1/8 ① | | | | | | | | | | | | | |
| AGENTES | | DOSES | | TÉCNICA | | ANOTACOES | | | | | | | | | |
| A bupivacaína (P) 17,5 mg SA | | SA | | Raquianestesia Lombar driparacarica simples com ventilação espontânea | | * Check List + Sondaização (SAO2 + FC + ECG + PA) ① | | | | | | | | | |
| B | | | | | | ② Antimigra + Anestesia da região lombar com alcool 60% + Colocação de campos esterilis fencestrados - | | | | | | | | | |
| C | | | | | | ③ Puncão lombar L2 / L3 com aqueleza 6G (Quinol) saída de líquido claro, normal, sem infusão de bupivacaína ④ | | | | | | | | | |
| D | | | | | | ⑤ Ceftriaxona 2g EV | | | | | | | | | |
| E | | | | | | | | | | | | | | | |
| F | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | |
| GLICOSE | | LÍQUIDOS | | | | | | | | | | | | | |
| H2O | | N 30 | | Cácula - Nexo / Oro Faringeal Nexo / Oftálmico - Diga Bel - Tampo - Calibre do Tubo Sob Missão Difusão Técnica | | ⑥ Puncão lombar L2 / L3 com aqueleza 6G (Quinol) saída de líquido claro, normal, sem infusão de bupivacaína ④ | | | | | | | | | |
| SANGUE | | S 0,9% 2000 ml | | | | ⑦ Hemorragia - Arteria Basil Tarsocárdia - Choque | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| OPERAÇÃO | | TEMPO DE ANESTESIA | | | | | | | | | | | | | |
| Osteosíntese de tibia esquerda | | Urtigado - Espasmo - Barriga Dura Despasso Respiratório - Hipoxia "Burung" - Vômito | | | | | | | | | | | | | |
| ANESTESIA | | CÓDIGO | | CURSOÃO | | PERDA ENDOCRÍNEA | | | | | | | | | |
| Dra Ana Paula | | | | Dr. Elder / Dr. Alberto | | | | | | | | | | | |

Residente Andrena

Ara Paula Thomé
Médico Biologista
CRM-RR 1408

- ④ Fentanil 50 mcg EV
- ⑤ Midazolam 3 mg EV
- ⑥ Dexametasona 10 mg EV
- ⑦ Tenoxicam 60 mg EV
- ⑧ Midazolam 2 mg EV
- ⑨ Encaminhamento paciente SADA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PAC. ID: 910
MARCO MUNES DE SOUSA APT OU LEITO E-3
Nº DO PRONTUÁRIO 79977
DATA 01/10/2020

TIPO CIRURGIA

ESTELOS DE FRACTURA TIBIA (E) INICIO 08:00 FIM 10:20 TEMPO TOTAL 02:20

CIRURGÃO ALBERTO EQUIPE MÉDICA ANESTESISTA: D. da PAULA
1º AUXILIAR E. D. S. E. INSTRUMENTADOR

2º AUXILIAR D. CIRURGIANO CIRCULANTE D. da PAULA T. BEHL

TIPO DE ANEST. REFLU TEMPO DE DURAÇÃO:

| QUANT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT | MEDICAMENTOS | VALOR |
|--------|-----------------|-------|-------|---|-------|
| 1 | COMPRESSAS C/03 | | 1 | FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO | 5,00 |
| 1 | GAZE | | | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO | |
| 1 | VICRYL 7,0 | | | FRASCOS- SORO GLICOSADO | |
| 1 | VICRYL 7,5 | | | FIO VICRYL Nº 0 | |
| 1 | VICRYL 8,0 | | | FIO MONONYLON Nº 30 | |
| 1 | VICRYL 8,5 | | | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº | |
| | PROCEDIMENTOS | | | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº | |
| | ESTURI Nº 02 | | | FIO CATGUT SIMPLES Nº | |
| | SUCCÃO Nº | | | FIO CATGUT CROMADO Nº | |
| | ATORAX Nº | | | FIO PROLENE Nº | |
| | PENROSE Nº | | | FIO SEDA Nº algodão onda de dente 15 cm | |
| | ML | | | SURGICEL 15 cm x 60 cm | 15,00 |
| | ML | | | CERA P/ OSSO | |
| | ML | | | KIT CATARATA Nº | |
| | ML | | | GEOFOAM | |
| | ML | | | FITA CARDIACA | |
| | ELETRODES | | | OUTROS: | |
| 1 | ESTEROS 02 | | | | |

| MATERIAIS E DE CIRURGIA | ITENS CONSUMIDOS EM SALA | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | VALOR |
|-------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------|
| INSTRUMENTOS | S/ RESPONSAVÉIS | MATERIAL MEDICAMENTOS | SUB- TOTAL |
| | ENFERMEIRA CHEFE Bonne Erika | | |
| FUNCIONÁRIO | CIRCULANTE DE SALA | TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA | |
| | | | SOMA |
| | | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE | |



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

| | | | | | | |
|---|------------------|----------------|---|-----------------------------|------------------|--|
| ESTABELECIMENTO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS | | Especialidade: | | Procedimento Realizado: | | |
| Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | ORTOPEDIA | | OSTEOS DE TIBIA E | | |
| Nome do Paciente: MARCELO NUPIES DE SOUZA | | IDADE: | SEXO: F () M (<input checked="" type="checkbox"/>) | Nº do Prontuário 79471 | Data 11/11/11 | |
| Bloco: E | Enfermaria: E | Leito: E-37 | Nº da Sala 04 | Circulante de Sala: Babu | | |
| CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO | | | | | | |

3. EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Dados dos materiais/Serviços

| Hospital Geral de Roraima () | | Dados Adicionais: | Marca: |
|-------------------------------|---|-------------------|--------|
| ITEM | DESCRÍÇÃO DO ITEM | QUANT | |
| 01 | Piaca 32gquala de Pisco Tibial 32 Puros | 1 | |
| 02 | Perejil cestoval de torresquial 34 | 1 | |
| 03 | Perejil fatorial ante resquial 40 | 5 | |
| 04 | Perejil Bligualdo | 30 | |
| 05 | Perejil Bligualdo | 32 | |
| 06 | Perejil Bligualdo | 46 | |
| 07 | Perejil Bligualdo | 50 | |

MÉDICO CIRURIANO:

1º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR:

Empresa () Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM ()
ATHENA () / MACON () Marca:

MÉDICO CIRURGIÃO:

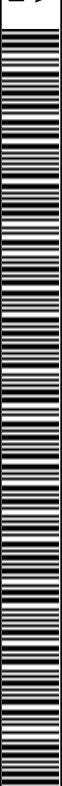
19 AUXILIAR

INSTRUMENTACIÓN

INSTRUMENTADOR: _____

1º VIA- PRONT

ME
Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: esm.mh@rrn.com.br



h-37

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | |   | | |
|--|--|-------|------|--|-------------|--|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN | | | |
| PACIENTE <u>WILMÉIO MUNES</u> | | | | | | |
| AGNÓSTICO <u>PN OSSOS DA PERNAS P/161 OP ORTOPEDIA</u> | | | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | NEGA | DM2 | NEGA | |
| IDADE | | LEITO | | DATA | 01/04/2020 | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SND | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | | | | Manhã | |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | | | | 14:00 02/08 | |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H | | | | 06 | |
| 5 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA | | | | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | | SM 15:10 01 | |
| 7 | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 | | | | | |
| 8 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | | | | 14:22 06 | |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | (SN) | |
| 10 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H | | | | — | |
| 11 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H | | | | — | |
| 12 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | (SN) | |
| 13 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Retorno | |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | Curativo | |
| 15 | CEFTAMONA 1g EV 12/12h | | | | 10:22 | |
| 16 | Socorro Hemorragia urinária | | | | Cultivo | |
| 17 | Socorro Rx controles | | | | Enemindar | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |

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 MEDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO : RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS VITAIS | | | |
|---------------|--------|----|----|
| 6 H | PA | FC | FR |
| 6 H | | | — |
| 12 H | | | |
| 18 H | 190-80 | 60 | 37 |
| 24 H | | | |

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Don Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
ADM-IR 2038

Viviane Luiza Ferreira
Enfermeira
COREN - N° 11427

Int. R. da Juta
Coren - N° 11427

Leito 37

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScriÇÃO MÉDICA | | | | |
|--|--|------|------|-----------------|
| DATA DE ADMISSÃO | DIH | | DN | |
| PACIENTE MARCIO NUNES | | | | |
| AGNÓSTICO FX OSSOS DA PERNAS | | | | |
| ALERGIAS | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | LEITO | | DATA | 01/04/2020 |
| ÍTEM | PREScriÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE, DI CO, DIETA ZERO | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | | | SN |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H | | | 12/12h 24/06 |
| 5 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ | | | 00-00-00 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | SN 12/12h 24/06 |
| 7 | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 | | | SN |
| 8 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H | | | 00-00-00 |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | SN |
| 10 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H | | | Susp |
| 11 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H | | | Susp |
| 12 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | SN |
| 13 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | Retina |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | IN |
| 15 | CIRURGIA PROGRAMADA P/ MANHÃ HOJE | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |

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 MEDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|---------|-----|----|----------------------------|
| 6 H | PA | FC | FR | T. |
| 12 H | 120x100 | 91 | | 36.3 |
| 18 H | | | | |
| 24 H | 130x80 | 101 | | 36.8 (sobretudo 167 mg/dl) |

Dex 100 - 125 mg/dl.

Don Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2036

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Luana da Silva Vale
Tec. de Enfermagem
COEN-20032122

105 6 W
7 = 130 x 80
6 = 96
5 = 360

E 37



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Marcio Nunes De Souza ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 31/10/20 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de Pílao fibular (E)

NO DIA 01/04/20 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteosíntese de fratura de Pílao fibular (E) SENDO
OPERADO PELO DR. Elder E DR. Alberto

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 02/04/20 AS 16,00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 20/04/20, AS 14,00h, COM O
DR. Elder

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE
ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO MÉDICO

Dr. Odilon Roraima
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

BOA VISTA, 02 /04 /20

MÉDICO



Paciente: Marcio Nunes De Sousa

Solicitação: 70017651 Número Interno:

Origem: HC

Data de Emissão: 20/03/2020 17:27

Sexo: Masculino

Nasc: 28/10/1978

Idade: 41 ANO

Solicitante:

Setor: BLOCO 3A

Leito: 326

Recebimento:

Amostra: 7001765103

Resultado de Exame

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

Resultado

Referência

9,01 x10³/uL

4.0 - 10.0 x10³/uL

NEUTRÓFILOS

49,30 %

50,0 - 70,0 %

LINFÓCITOS

44,40 %

20,0 - 40,0 %

MONÓCITOS

4,40 %

3,0 - 12,0 %

EOSINÓFILOS

1,20 %

0,5 - 5,0 %

βASÓFILOS

0,70 %

0,0 - 1,0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

3,98 x10⁶/uL

4.32 - 5.52 x10⁶/uL

HEMOGLOBINA

9,80 g/dL

13,5 - 18,0 g/dL

HEMATÓCRITO

31,00 %

40,0 - 50,0 %

VCM

77,90 ug/L

87,0 - 103,0 ug/L

HCM

24,60 pg

27,0 - 34,0 pg

CHCM

31,60 g/dL

32,0 - 37,0 g/dL

RDW CV

14,30 %

11,0 - 16,0 %

RDW SD

46,80 fL

35,0 - 56,0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS

327,00 x10³/uL

150,0 - 400,0 x10³/uL

PM

8,70 fL

6,5 - 12,0 fL

ADP

15,80

9,0 - 17,0

PCT

0,284 %

1,08 - 2,82 %


Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523

Responsável Técnico: Rosemira Izabel Moscato - Farmacêutica/ Bioquímica - CRF - RR 245/09
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

24/03/2020 09:31

(*) Retificado
Página 1 de 1



Paciente: Marcio Nunes De Sousa

Solicitação: 70017651

Número Interno:

Origem: HC

Data de Emissão: 20/03/2020 17:27

Sexo: Masculino

Nasc: 28/10/1978

Idade: 41 ANO

Solicitante:

Setor: BLOCO 3A

Leito: 326

Recebimento:

Amostra: 7001765102

Resultado de Exame

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Metodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0,67 mg/dL

Referência

Sem Referência

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Metodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

144,05 mg/dL

Referência

60,0 - 99,0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Metodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

22,20 mg/dL

Referência

15,0 - 40,0 mg/dL

Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523

Responsável Técnico: Rosemirem Izabel Moscato - Farmacêutica/ Bioquímica - CRF - RR 245/09

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

24/03/2020 09:31

(*) Retificado

Página 1 de 1



| | | | |
|--|------------------------|-------------------------|----------------------|
| Paciente: Marcio Nunes De Sousa | Sexo: Masculino | Nasc: 28/10/1978 | Idade: 41 ANO |
| Solicitação: 70017651 | Número Interno: | Solicitante: | |
| Origem: HC | | Setor: BLOCO 3A | Leito: 326 |
| Data de Emissão: 20/03/2020 17:27 | | Recebimento: | |

Resultado de Exame

Amostra: 7001765101

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

| | Resultado | Referência |
|---|-----------|-----------------|
| TEMPO DE PROTROMBINA | 12,0 seg | 10,0 - 14,0 seg |
| RNI | 1,00 | 0,8 - 1,2 |
| TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA | 22,0 seg | 25,0 - 39,0 seg |
| RATIO | - | 0,0 - 1,25 |
| ATIVIDADE DE PROTROMBINA | 100 % | 70,0 - 100,0 % |

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.



Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523

Responsável Técnico: Rosemirem Izabel Moscato - Farmacêutica/ Bioquímica - CRF - RR 245/09
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

24/03/2020 09:31

(*) Retificado
Página: 1 de 1

Leito: 103-1 - Bloco A

HGR



HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO

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

DATA: 31/03/20

PACIENTE: Marcia Nunes da Souza DN: / /
DIAGNÓSTICO(S): Fr. estor do péno

DIH: / /

KANBAM:

Dieta:

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

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO³: PH: BE: PO²: PCO²:

EAS:

CULTURAS (/ /):

IMAGEM:

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

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

Cl: HCO³: PH: BE: PO²: PCO²:

EAS:

IMAGEM:

ANTIBIÓTICO:

USADO:

JUSTIFICATIVA DE:

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente com procedimento cirúrgico agendado
para 03/04/20
Exames em andamento
Transferir ao HGR

Boa Vista, Dr. Leandro Rabelo de 20 22 Hora:

Dra. Leandro Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-FRR 1715 RQE 814

CRM 1715 / 22

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico

CRM 747 / 121

Nunes

Nome: MARCIO NUNES DE SOUZA
Data: 02/03/2020 Idade: 28A Procedência: HLI
Médico Solicitante: EDSON CASTRO NETO

Cód. Pac.: 55524

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL

Protocolo

Exame realizado com cortes tomográficos computadorizados axiais, obtidos com técnica multi-slice, antes e após a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel não-iônico durante a fase portal do estudo.

Indicação:

Dor abdominal e história de queda de 5 metros de altura

Relatório

- Depósito focal de gordura no segmento IV hepático, adjacente ao ligamento falciforme (esteatose focal).
- Apêndice retrocecal com calibre de até 0,9 cm associada a distensão líquida, realce mucoso e fecalito milimétrico de permeio. Obliteração dos planos gordurosos pericecais à direita e acumulo de líquido no fundo de saco posterior e goteiras paracólicas bilateralmente.
- Não foram verificadas lesões compatíveis com lacerações ou hematomas no baço ou no fígado.
- Veia porta pélvia e de calibre 1,5 cm (ectasiada).
- Vesícula biliar hipodistendida.
- Discreto espessamento mucoso.
- Espessamento parietal liso difuso da moldura cólica.
- Ausência de dilatação das vias biliares
- Câmara gástrica distendida por líquido, sem áreas de espessamento assimétricas.
- Minima distensão líquida e algumas alças digestivas de delgado com predomínio em jejuno.
- Restante do fígado, baço, adrenais, rins, pâncreas e demais estruturas do retroperitoneais reservadas.
- Bexiga urinária hipodistendida de conteúdo habitual.

Opinião:

- Esteatose focal.
- Líquido com predomínio nas goteiras paracólicas em fundo de saco posterior.

Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566
Responsável Técnico

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Médico
CRM:1191/RR

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Membro titular do CBR

/ CRM:1191 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Nome: MARCIO NUNES DE SOUZA
Data: 02/03/2020 Idade: 28A Procedência: HLI
Médico Solicitante: EDSON CASTRO NETO

Cód. Pac.: 55524

Continuação do exame...

Continua na próxima página...

- Ectasia do apêndice cecal associado a alterações inflamatórias regionais não se podendo descartar apêndice no diferencial. Somente valorizar esse achado na dependência de correlação com dados clínicos e laboratoriais.*
- Discreta ectasia da veia porta.*
- Espessamento parietal difuso e liso da moldura cólica, de aspecto inespecífico.*

achados Adicionais:

Derrame pleural laminar bilateral associado a atelectasias compressivas em faixa no parênquima pulmonar adjacente.

Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566
Responsável Técnico

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Médico
CRM 1191/RR
/ CRM:1191 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



| | | | |
|---------------------------------------|-----------------|------------------|---------------|
| Paciente: Marcio Nunes De Souza | Sexo: Masculino | Nasc: 13/05/1991 | Idade: 28 ANO |
| Solicitação: 70017036 Número Interno: | Solicitante: | | |
| Origem: HC | Setor: BLOCO 38 | Leito: 335 | |
| Data de Emissão: 03/03/2020 09:29 | Recebimento: | | |

Resultado de Exame

Amostra: 7001703603

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

| | Resultado | Referência |
|-------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| LEUCÓCITOS | $12,11 \times 10^3/\mu\text{L}$ | 4,0 - 10,0 $\times 10^3/\mu\text{L}$ |
| NEUTRÓFILOS | 86,00 % | 50,0 - 70,0 % |
| INFÓCITOS | 8,00 % | 20,0 - 40,0 % |
| NÓCITOS | 4,00 % | 3,0 - 12,0 % |
| ESINÓFILOS | 1,00 % | 0,5 - 5,0 % |
| BASÓFILOS | 1,00 % | 0,0 - 1,0 % |

ERITROGRAMA

| | | |
|-------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| ERITRÓCITOS | $3,98 \times 10^6/\mu\text{L}$ | 4.32 - 5.52 $\times 10^6/\mu\text{L}$ |
| HEMOGLOBINA | 9,70 g/dL | 13,5 - 18,0 g/dL |
| HEMATÓCRITO | 29,00 % | 40,0 - 50,0 % |
| VCM | 72,80 ug/L | 87,0 - 103,0 ug/L |
| HCM | 24,40 pg | 27,0 - 34,0 pg |
| CHCM | 33,50 g/dL | 32,0 - 37,0 g/dL |
| RDW CV | 11,60 % | 11,0 - 16,0 % |
| RDW SD | 35,60 fL | 35,0 - 56,0 fL |

PLAQUETOGRAMA

| | | |
|-----------|----------------------------------|---|
| PLAQUETAS | $372,00 \times 10^3/\mu\text{L}$ | 150,0 - 400,0 $\times 10^3/\mu\text{L}$ |
| | 8,60 fL | 6,5 - 12,0 fL |
| | 15,90 | 9,0 - 17,0 |
| PCT | 0,320 % | 1,08 - 2,82 % |

Observação: DISCRETA MICROCITOSE E DISCRETA HIPOCROMIA.

Drº. Auricelio Calheiros Pena
Farmacêutica Bioquímica - Esp.
CRF-RR 068

Responsável Técnico: Rosemirlam Izabel Moscato - Farmacêutica/ Bioquímica - CRF - RR 245/09

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

03/03/2020 12:03

(*) Ratificado

Página: 1 de 1



| | | | |
|---------------------------------------|-----------------|------------------|---------------|
| Paciente: Marcio Nunes De Souza | Sexo: Masculino | Nasc: 13/05/1991 | Idade: 28 ANO |
| Solicitação: 70017036 Número Interno: | Solicitante: | | |
| Origem: HC | Setor: BLOCO 3B | | Leito: 335 |
| Data de Emissão: 03/03/2020 09:29 | Recebimento: | | |

Resultado de Exame

nostra: 7001703601

OSAGEM DE AMILASE SÉRICA

aterial: SORO

itodologia: M18 - Cinético (nitrofenol)

Resultado

Referência

AMILASE SÉRICA

45,25 U/L

0,0 - 90,0 U/L

ntas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios diagnóstico bioquímicos e por essa razão não pode garantir a
a pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;
Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um
mínimo de 4 horas;
Este exame sofre grande influência de lipemia, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil;

OSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÔES

aterial: SORO

itodologia: M03 - Colorimétrico (diamo)

Resultado

Referência

BILIRRUBINA TOTAL

0,40 mg/dL

0,1 - 1,2 mg/dL

BILIRRUBINA DIRETA

0,05 mg/dL

0,0 - 0,4 mg/dL

BILIRRUBINA INDIRETA

0,30 mg/dL

0,1 - 0,8 mg/dL

ntas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios diagnóstico bioquímicos e por essa razão não pode garantir a
a pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;
Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um
mínimo de 4 horas;
Este exame sofre grande influência de Hemólises, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil;

OSAGEM DE CREATININA

aterial: SORO

itodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

Resultado

Referência

CREATININA

0,71 mg/dL

Sem Referência

ntas

Este exame deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

OSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)

aterial: SORO

itodologia: M08 - Szasz Modificado (ifcc)

Resultado

Referência

GAMA GT

165,91 U/L

Sem Referência

Rejane Ramos da Silva
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 444



35
322 256
ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE
Laboratório Central de Saúde Pública de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/nº Bairro Aeroporto
CNPJ: 84.013.408/0001-98
E-mail: lacen_rr@yahoo.com
Telefone: (95)3623-2455 - Fax: (95)3623-2407



| Requisição | Origem | Data de Cadastro |
|---|---|------------------|
| 200180000065 | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO | 27/02/2020 |
| Paciente | Cartão Nacional de Saúde | Idade |
| MARCIO NUNES DE SOUSA | 700004801290803 | 28 ANO(S) |
| Requisitante | Município | Sexo |
| SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE BOA VISTA | THARLES COSTA / 2055 | MASCULINO |
| Bactérias, Cultura | | |

Método: Cultura

Data da Coleta: 27/02/2020 07:00

Data do Recebimento: 28/02/2020

Material: Sangue

1^a amostra

Resultado: Não houve crescimento microbiano

Outro: Cultura Negativa após 7 dias incubação.

Observações:

Este exame foi realizado pelo LACEN-RR o qual participa da avaliação mensal do PNCQ (Programa Nacional de Controle de Qualidade).

Exame conferido e liberado por GABRIEL CIDADE TURMERO (CRF/RR 255), em 06/03/2020.



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESAU

PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA - PAAR

| | | |
|-----------------------------|--|------------|
| REG: 796/2020 | D.N.: 13/5/1991 | |
| NOME: MARCIO NUNES DE SOUZA | IDADE: 28 ANOS | SEXO: MASC |
| EXAME: USG. ABDOMEN TOTAL | | |
| PROCEDÊNCIA: PAAR | MÉDICO SOLICITANTE: DRA ANDIARA NATTRODT | |

LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO

FIGADO: Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contorno regular, parênquima homogêneo, com ecogenecidade habitual. Ramos portais e veias supra-hepáticas normais. Sistema biliar canalicular intra-órgão de calibre e trajeto preservados. Ausência de sinais diretos ou indiretos de tumor cístico ou sólido.

VESÍCULA BILIAR: Normodistendida. Paredes finas, conteúdo anecóico. Colédoco de calibre normal, 0,3cm.

PÂNCREAS: Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contorno regular, parênquima homogêneo, com ecogenecidade habitual. Conduto de Wirsung não visualizado.

BAÇO: Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contornos regulares, parênquima homogêneo, com ecogenecidade habitual.

RIM DIREITO: Topografia habitual. Forma normal, volume mantido, contorno regular, ecotextura parenquimatosa cortical, medular e coletora, normais. Relação córtico-medular normal e mantida. Ausência de sinais diretos ou indiretos do tumor cístico ou sólido e litíase. Cápsula preservada.

RIM ESQUERDO: Topografia habitual. Forma normal, volume mantido, contorno regular, ecotextura parenquimatosa cortical, medular e coletora, normais. Relação córtico-medular normal e mantida. Ausência de sinais diretos ou indiretos do tumor cístico ou sólido e litíase. Cápsula preservada.

VCI E AORTA: Trajetos e calibres e normais.

SEIOS COSTO-DIAFRAGMÁTICOS: Integros, mantendo as características habituais do espaço pleural normal.

BEXIGA: Paredes normoecogênicas e conteúdo anecóico.

Presença de pequena quantidade de líquido livre na pelve.

EXAME ULTRASSONOGRÁFICO SEM IMAGENS EM ANEXO POR FALTA DE INSUMOS DE IMPRESSÃO.

Boa Vista - RR, 28/2/2020 11:04
Dr. Deusdete Coelho
CRM-1402/RR



Hospital Geral de Roraima - HGR
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n, Bairro Novo Planalto





| | | | |
|--|------------------------|-------------------------|----------------------|
| Paciente: Marcio Nunes De Sousa | Sexo: Masculino | Nasc: 28/10/1978 | Idade: 41 ANO |
| Solicitação: 70017651 | Número Interno: | Solicitante: | |
| Origem: HC | | Setor: BLOCO 3A | Leito: 326 |
| Data de Emissão: 20/03/2020 17:27 | | Recebimento: | |

Amostra: 7001765103

Resultado de Exame

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

| | Resultado | Referência |
|-------------|---------------------------|---------------------------------|
| LEUCÓCITOS | 9,01 x10 ³ /uL | 4.0 - 10,0 x10 ³ /uL |
| NEUTRÓFILOS | 49,30 % | 50,0 - 70,0 % |
| INFÓCITOS | 44,40 % | 20,0 - 40,0 % |
| MONÓCITOS | 4,40 % | 3,0 - 12,0 % |
| EOSINÓFILOS | 1,20 % | 0,5 - 5,0 % |
| BASÓFILOS | 0,70 % | 0,0 - 1,0 % |

ERITROGRAMA

| | | |
|-------------|---------------------------|----------------------------------|
| ERITRÓCITOS | 3,98 x10 ⁶ /uL | 4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL |
| HEMOGLOBINA | 9,80 g/dL | 13,5 - 18,0 g/dL |
| HEMATÓCRITO | 31,00 % | 40,0 - 50,0 % |
| VCM | 77,90 ug/L | 87,0 - 103,0 ug/L |
| HCM | 24,60 pg | 27,0 - 34,0 pg |
| CHCM | 31,60 g/dL | 32,0 - 37,0 g/dL |
| RDW CV | 14,30 % | 11,0 - 16,0 % |
| RDW SD | 46,80 fL | 35,0 - 56,0 fL |

PLAQUETOGRAMA

| | | |
|-----------|-----------------------------|------------------------------------|
| PLAQUETAS | 327,00 x10 ³ /uL | 150,0 - 400,0 x10 ³ /uL |
| ~M | 8,70 fL | 6,5 - 12,0 fL |
| ADP | 15,80 | 9,0 - 17,0 |
| F | 0,284 % | 1,08 - 2,82 % |


Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523



Paciente: Marcio Nunes De Sousa
Solicitação: 70017651 Número Interno:
Origem: HC
Data de Emissão: 20/03/2020 17:27

Sexo: Masculino
Solicitante:
Setor: BLOCO 3A
Recebimento:

Nasc: 28/10/1978 Idade: 41 ANO
Leito: 326

Amostra: 7001765101

Resultado de Exame

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA

| | Resultado | Referência |
|---|-----------|-----------------|
| TEMPO DE PROTROMBINA | 12,0 seg | 10,0 - 14,0 seg |
| RNI | 1,00 | 0,8 - 1,2 |
| TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA | 22,0 seg | 25,0 - 39,0 seg |
| ATÍO | - | 0,0 - 1,25 |
| ATIVIDADE DE PROTROMBINA | 100 % | 70,0 - 100,0 % |

Notas:

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523



Paciente: Marcio Nunes De Sousa

Solicitação: 70017651 Número Interno:

Origem: HC

Data de Emissão: 20/03/2020 17:27

Sexo: Masculino

Nasc: 28/10/1978

Idade: 41 ANO

Solicitante:

Setor: BLOCO 3A

Leito: 326

Recebimento:

Amostra: 7001765102

Resultado de Exame

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0,67 mg/dL

Referência

Sem Referência

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

144,05 mg/dL

Referência

60,0 - 99,0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

22,20 mg/dL

Referência

15,0 - 40,0 mg/dL

Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523

Responsável Técnico: Rosemíriam Izabel Moscato - Farmacêutica/ Bioquímica - CRF - RR 245/09

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

31/03/2020 07:57

(*) Retificado

Página 1 de 1



| | | | |
|-----------------------------------|-----------------|------------------|---------------|
| Paciente: Marcio Nunes De Souza | Sexo: Masculino | Nasc: 13/05/1991 | Idade: 28 ANO |
| Solicitação: 70017036 | Número Interno: | Solicitante: | |
| Origem: HC | | Setor: BLOCO 3B | Leito: 335 |
| Data de Emissão: 03/03/2020 09:29 | | Recebimento: | |

Resultado de Exame

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)
GLICOSE BASAL

Resultado
171,91 mg/dL

Referência
60,0 - 99,0 mg/dL

DOSAGEM DE LIPASE SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M15 - Enzimático Colorimétrico (o-dilauril)
LIPASE

Resultado
16,56 U/L

Referência
0,0 - 60,0 U/L

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)

Material: SORO

Métodologia: M06 - Enzimático Colorimétrico

Resultado
40,60 U/L

Referência
5,0 - 38,0 U/L

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)

Material: SORO

Métodologia: M16 - Cinético Uv (sem Piridoxal)
TGP

Resultado
47,08 U/L

Referência
5,0 - 38,0 U/L

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)
URÉIA

Resultado
17,77 mg/dL

Referência
15,0 - 40,0 mg/dL

DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO

Métodologia: M22 - Imunoturbidimetria
PROTEÍNA C REATIVA

Resultado
115,00 mg/L

Referência
0,0 - 8,0 mg/L

Rejane Ramos da Silva
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 444



| | | | |
|-----------------------------------|-----------------|------------------|---------------|
| Paciente: Marcio Nunes De Souza | Sexo: Masculino | Nasc: 13/05/1991 | Idade: 28 ANO |
| Solicitação: 70017036 | Número Interno: | Solicitante: | |
| Origem: HC | | Setor: BLOCO 3B | Leito: 335 |
| Data de Emissão: 03/03/2020 09:29 | | Recebimento: | |

Resultado de Exame

Amostra: 7001703602

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

Referência

15.8 seg

10,0 - 14,0 seg

RNI

1.30

0,8 - 1,2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

36,0 seg

25,0 - 39,0 seg

ATÍTIO

0,0 - 1,25

ACTIVIDADE DE PROTROMBINA

50,0 %

70,0 - 100,0 %

Observação: REPETIDO E CONFIRMADO.

Nc:

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

Dr. Auricelle Calheiros Pena
Farmacêutica Bioquímica - Esp.
CRF-RR 088

E 37



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAUDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Marcio Nunes De Sousa ANOS.
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 31/03/20 COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura De Pilas libres (E)

NO DIA 01/04/20, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteosíntese de fratura de Perna (E) SENDO
OPERADO PELO DR. Elder E DR. Albano

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 02/04/20, ÀS 16,00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 20/04/20, ÀS 14,00h, COM O
DR. Eduardo

ORIENTAÇÕES GERAIS

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
 - 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
 - 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
 - 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
 - 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
 - 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DOUTOR

BOA VISTA, 02/04/20

Dr. Odemar Oken
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
D.E.M. 1951

MÉDICO





44,5%

04/05/2020

3667

41,1%

MARCIO NUNES DE SOUZA
HOSPITAL CORONEL MOTA



04/05/2020

Fabiola Castro

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.jus.br/projudi/> - Identificador: PJL9G X9XJS ZVSJA 7JQ9R





MARCIO NUNES DE SOUZA
HOSPITAL CORONEL MOTA

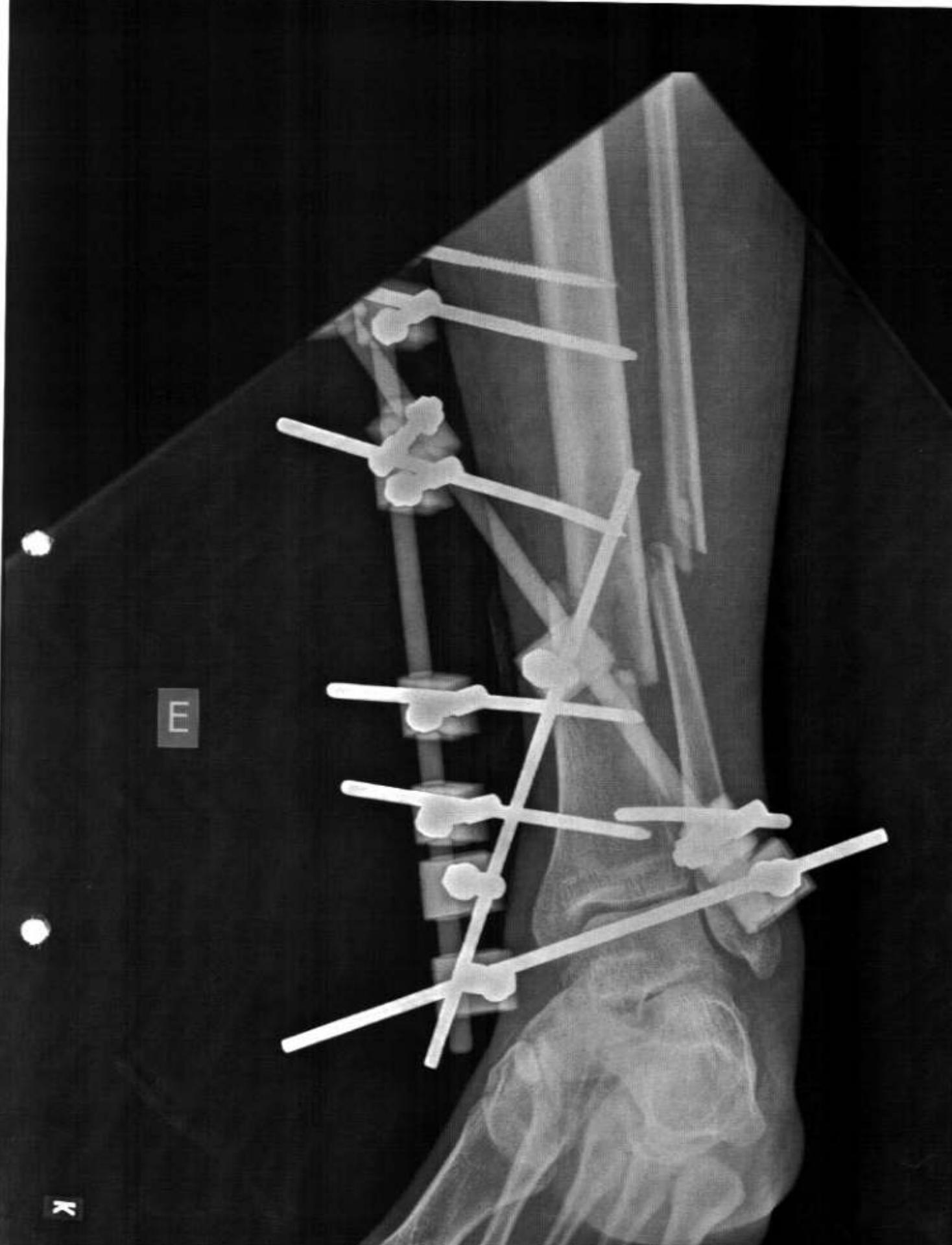
3667

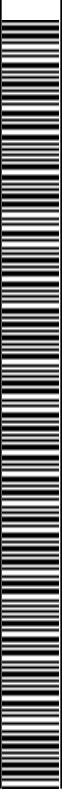
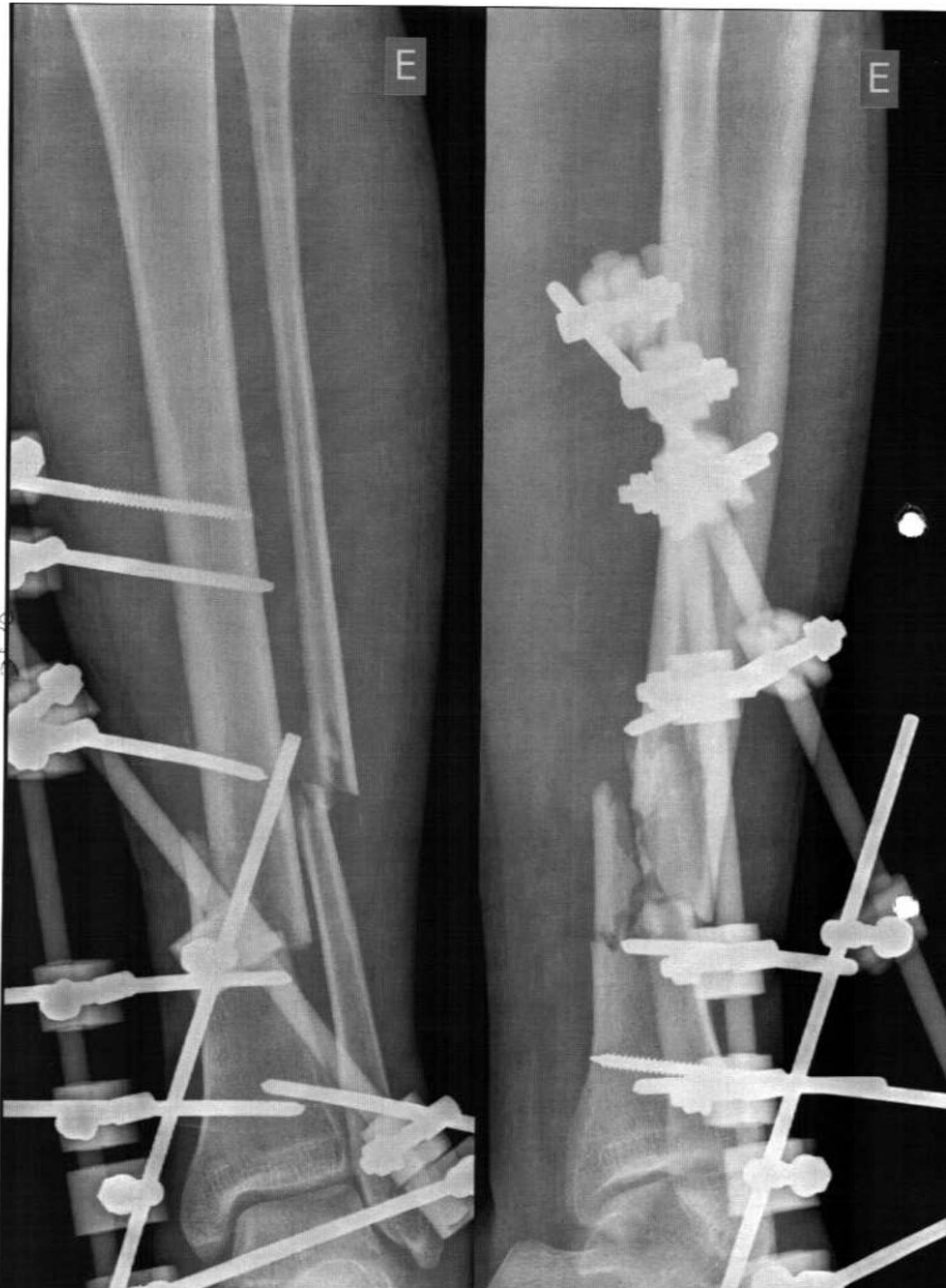
04/05/2020

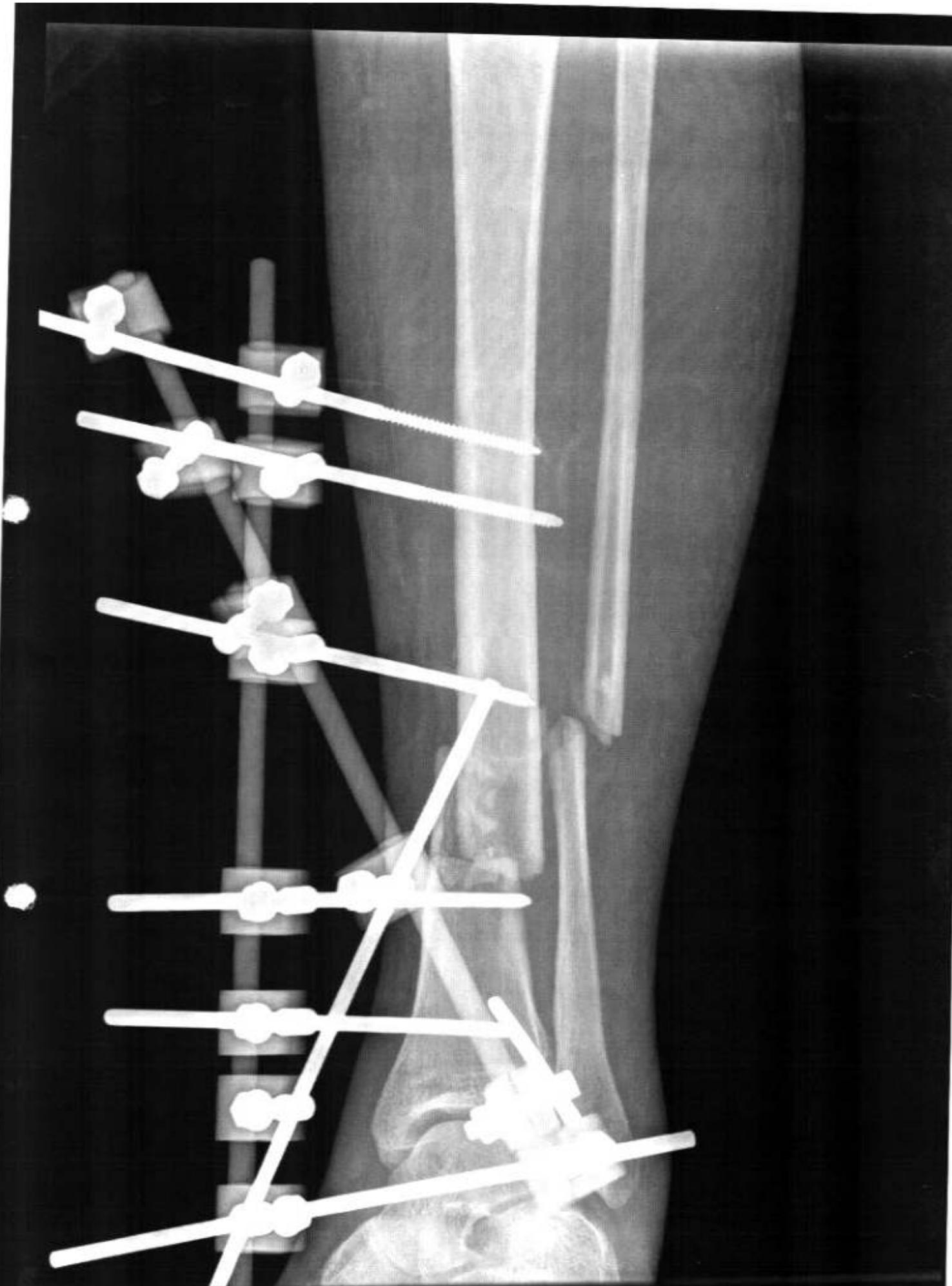
Fabíola Castro 60.7 %













GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DR. WILSON FRANCO



RECEITUÁRIO

Nome: Moreira Nunes Souza

Paciente utente de acidente com quadro de perna.
Deu entrada no HGR no dia 01/02/20 com fratura exposta dos ossos do punha esquerda.
Foi submetido a tratamento cirúrgico da fratura exposta com fixador externo no dia 04/02/20.

No momento aguarda encerramento de cirurgia para novo procedimento cirúrgico de osteosíntese.

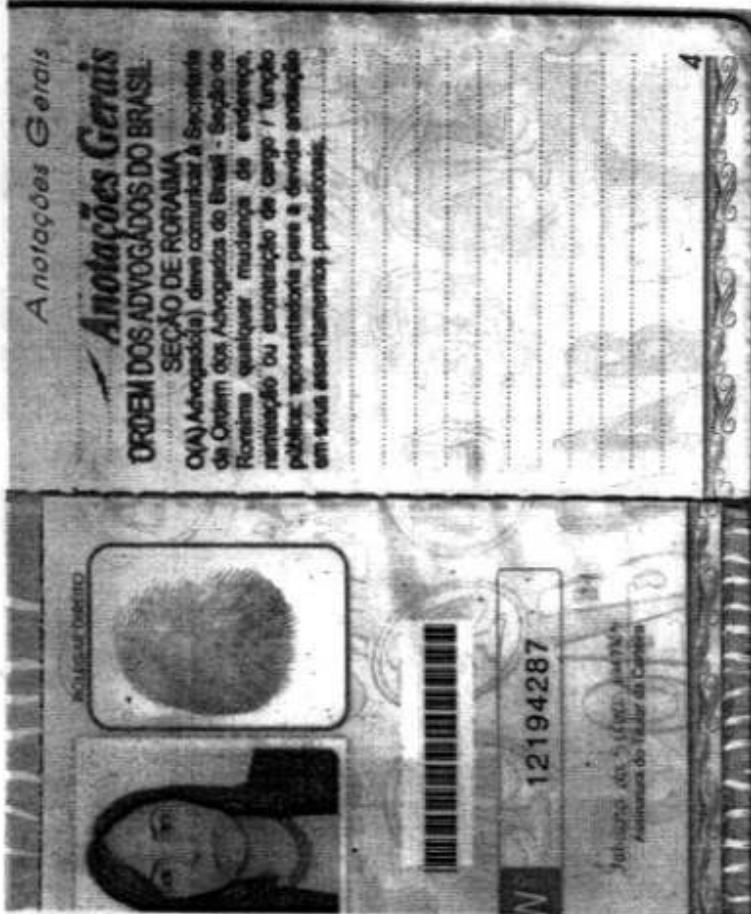
Está internado no Hospital das Clínicas, seu príncipio de alta.

Dr. Leonardo Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRMER 1715

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 20/02/2020

Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco Rodrigues
Av. Nazaré Filgueiras, 2096 – Pintolândia





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200323443
Vítima: MARCIO NUNES DE SOUSA

Cidade: Amajari
Data do acidente: 01/02/2020

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

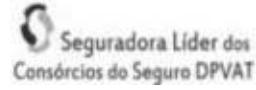
Observações: PÁG. 1/23_CIRURGIA / PÁG. 46/50_EXAME DE IMAGEM

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 |

RECEIPO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254481/20

Vítima: MARCIO NUNES DE SOUSA

CPF: 018.834.832-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIO NUNES DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

FABIANA DA SILVA NUNES : 890.312.292-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCIO NUNES DE SOUSA : 018.834.832-80

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 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: 09/09/2020
Nome: FABIANA DA SILVA NUNES
CPF: 890.312.292-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

FABIANA DA SILVA NUNES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254481/20

Vítima: MARCIO NUNES DE SOUSA

CPF: 018.834.832-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/02/2020

Titular do CPF: MARCIO NUNES DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

FABIANA DA SILVA NUNES : 890.312.292-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCIO NUNES DE SOUSA : 018.834.832-80

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 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: 09/09/2020
Nome: FABIANA DA SILVA NUNES
CPF: 890.312.292-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

FABIANA DA SILVA NUNES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO