



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA 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: 13137/2020 - Registrado em: 26/10/2020 às 11h 17min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 22/02/2020 às 21h 10min

**LOCAL DO FATO**

Município: ALTO ALEGRE

UF: RR

Logradouro: VILA SÃO SILVESTRE

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: CENTRO

Tipo de local: ASSENTAMENTO RURAL

Referência: VICINAL PRINCIPAL DA VILA SÃO SILVESTRE

Complemento: ÁREA RURAL

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

IVANILDE DE ALBUQUERQUE(47), nascido(a) em 22/09/1973, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de COZINHEIRA, CPF Nº 649.214.092-34, País: BRASIL, natural de ALTO ALEGRE-RR, filho(a) de MARIA GESUINO DE ALBUQUERQUE e DESCONHECIDO, endereço: TRAVESSA NICARAGUA 01, cep: 69300-000, Nº: 10, bairro: CAUAME, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PROXIMO A RUA NICARÁGUA, Telefone: (95) 99174-1485.

**OBJETOS**

| Classe | Quantidade | Tipo de Objeto    | Descrição                         |
|--------|------------|-------------------|-----------------------------------|
| Objeto | 1          | APOLICE DE SEGURO | ACIDENTE DE TRÂNSITO SEGURO DPVAT |

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

SENHOR DELEGADO A COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADO, ACONTECEU O SEGUINTE FATO,QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA/BROS ESDD PLACA NAZ 4417ANO DE FABRICAÇÃO 2017 2017 RENAVAN01129015499 CHASSI 9C2KD0810HR445762 DE PROPRIEDADE DE JOSÉ DA CONCEIÇÃO,QUA QUE TAVA SE DESLOCANDO DA VILA SÃO SILVESTRE PARA BOA VISTA NA REFERIDA VICINAL QUANDO DE REPENTE ( UM ANIMAL BOI ) ATRAVESSOU NA SUA FRENTE NÃO DANDO TEMPO DE EVITAR O ACIDENTE, QUE COM O IMPACTO VEIO AO CHÃO, QUE POPULARES QUE PASSAVAM PELO LOCAL ACIONARAM O SAMU DA REFERIDA VILA E A MESMA FOI REMOVIDA PARA BOA VISTA ATÉ O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS. É O RELATO.

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

CLOVIS DE S. CELANE  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: 42000258  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

*Ivanilde de Albuquerque*  
IVANILDE DE ALBUQUERQUE  
COMUNICANTE



**CAERR**  
CNPJ: 05.939.467/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 09.306-610

Atendimento  
**CAERR**  
0800 280 9520  
www.caerr.com.br

Matrícula: **1065009** Setembro/2020

**Dados do Cliente:** IVANILDE DE ALBUQUERQUE  
**Endereço para entrega:** TRV NICARAGUA 01, NUM. 0010 - CAUAME BOA VISTA RR 69300-000

| Inscrição            | Rota | Seq.Rota | Quantidade de Economias |
|----------------------|------|----------|-------------------------|
| 001.015.532.0414.000 | 25   | 3065     | RESIDENCIAL             |

| Hidrômetro | Data de Instalação | Situação Água | Situação Esgoto |
|------------|--------------------|---------------|-----------------|
| Y09S667195 | 09/04/2013         | LIGADO        | LIGADO          |

| ANTERIOR          | ATUAL | CONSUMO (m3) | NUM DE DIAS |
|-------------------|-------|--------------|-------------|
| LEITURA FAT. 1048 | 1069  | 21           | 32          |
| LEITURA INF.      |       |              |             |

DT. LEITURA 21/08/2020 22/09/2020

**ULTIMOS CONSUMOS**

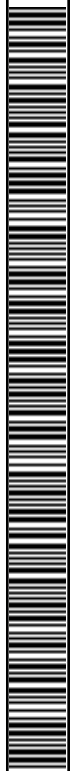
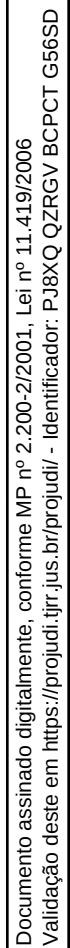
|        |      |
|--------|------|
| 202008 | 17-0 |
| 202007 | 14-0 |
| 202006 | 14-0 |

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição  
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 Q.M

| AMOSTRAS: | CLORO | TURBIDEZ | COR | C.TOTAIS | E.COLI |
|-----------|-------|----------|-----|----------|--------|
|           |       |          |     |          |        |

22/09/2020 08:53:20



03

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

03

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

IVANILDE DE ALBUQUERQUE

FILIAÇÃO.....: MARIA GESUINO DE ALBUQUERQUE

NASCIMENTO.....: 22/09/1973 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: ALTO ALEGRE - RR

DOCUMENTO.....: C.N. 87976 LV A - A-130 FLS 158 - 29/04/1995 - DEUSDETE COELHO - BOA VISTA - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 649.214.092-34 CNH:

TIT. ELEITOR: 002262942607 SEÇÃO: 0029 ZONA: 003

LOCAL/DATE DE EMISSÃO: SRTE/RR - 28/01/2009

ASSINATURA DO EMISSOR

## **SINISTRO 3200397640 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** IVANILDE DE ALBUQUERQUE

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE  
SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** IVANILDE DE ALBUQUERQUE

**CPF/CNPJ:** 64921409234

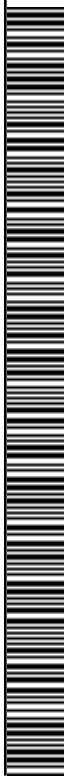
**Posição em 17-11-2020 11:40:25**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

| <b>Data do Pagamento</b> | <b>Valor da Indenização</b> | <b>Juros e Correção</b> | <b>Valor Total</b> |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------|
| 18/11/2020               | <b>R\$ 2.531,25</b>         | R\$ 0,00                | R\$ 2.531,25       |

+ Juan Carlos de Ribunguero  
Assinatura







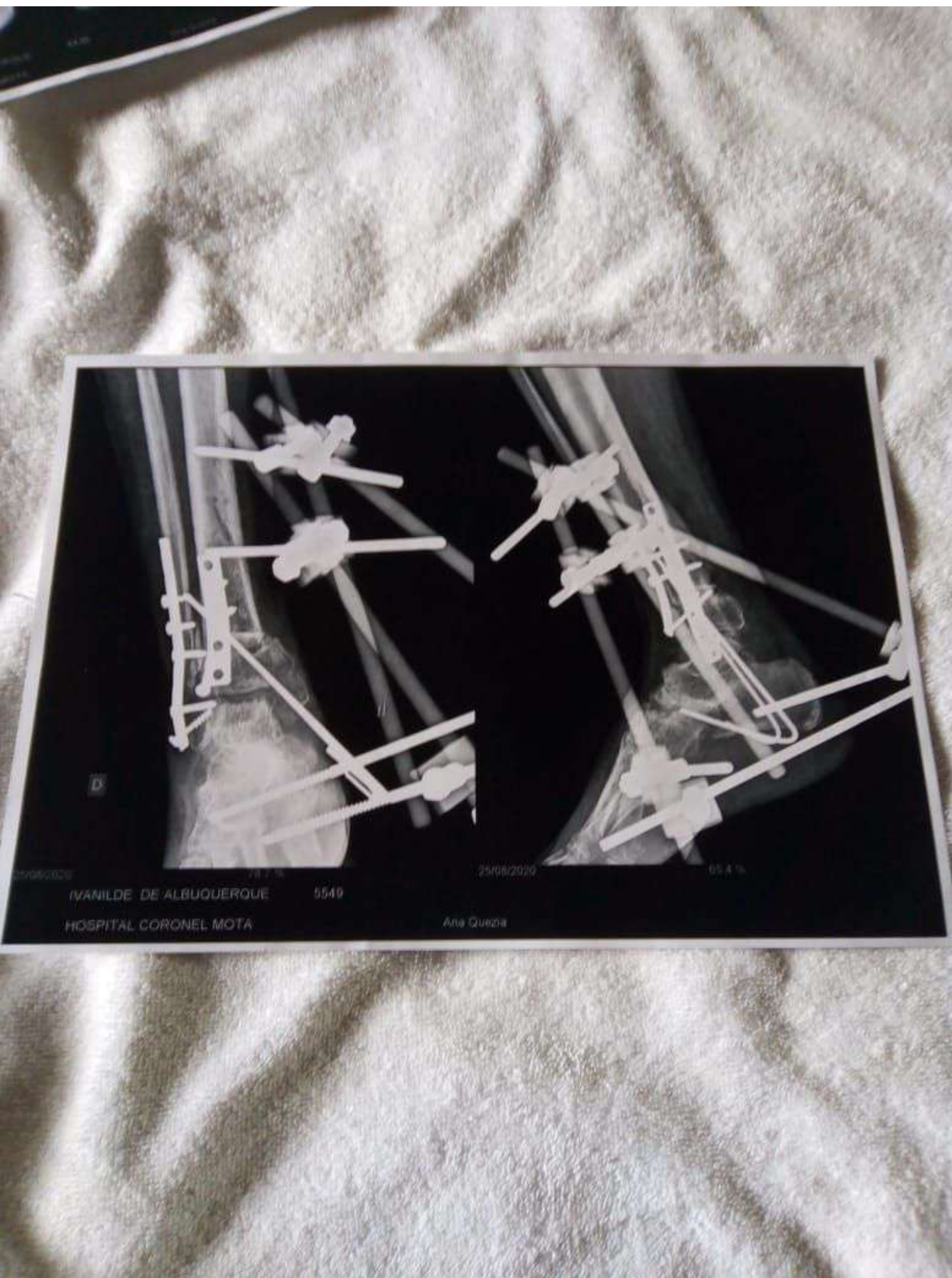


IVANILDE DE ALBUQUERQUE  
HOSPITAL CORONEL MOTA

4436

Ana Quezia







IVANILDE DE ALBUQUERQUE

4436

HOSPITAL CORONEL MOTA

Ana Quezia



| GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA                                                                                                                         |                                    | 1ª Classificação             |                                 | Reclassificação                |                              | Reclassificação |                 | Reclassificação |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------|
| Secretaria de Estado da Saúde                                                                                                                        |                                    | Vermelho                     |                                 | Vermelho                       |                              | Vermelho        |                 | Vermelho        |            |
| Hospital Geral de Roraima - PAAR /PSFE                                                                                                               |                                    | Laranja                      |                                 | Laranja                        |                              | Laranja         |                 | Laranja         |            |
| Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308                                                                                                                   |                                    | Amarelo                      |                                 | Amarelo                        |                              | Amarelo         |                 | Amarelo         |            |
|                                                                                                                                                      |                                    | Verde                        |                                 | Verde                          |                              | Verde           |                 | Verde           |            |
|                                                                                                                                                      |                                    | Azul Ass.                    |                                 | Azul Ass.                      |                              | Azul Ass.       |                 | Azul Ass.       |            |
| 2001223405                                                                                                                                           | 22/02/2020 21:41:29                | FICHA DE ATENDIMENTO         |                                 |                                |                              | TRAUMATOLOGIA   |                 | NOTURNO 19- 17  |            |
| Paciente                                                                                                                                             | Data Nascimento                    |                              | Idade                           |                                | CNS                          |                 | CPF             |                 | Prontuário |
| IVANILDE DE ALBUQUERQUE                                                                                                                              | 22/09/1973                         |                              | 46 A 5 M 0 D                    |                                |                              |                 | 64921409234     |                 |            |
| Tipo Doc                                                                                                                                             | Documento                          | Órgão Emissor                | Data Emissão                    | Sexo                           | Estado Civil                 | Raça/Cor        | Naturalidade    |                 |            |
| CPF                                                                                                                                                  | 64921409234                        |                              |                                 | F                              |                              | PARDAS          |                 |                 |            |
| Mãe                                                                                                                                                  | Pai                                |                              |                                 |                                |                              |                 | Contato         |                 |            |
| MARIA GESUINO DE ALBUQUERQUE                                                                                                                         | NI                                 |                              |                                 |                                |                              |                 | (95) 99174-1485 |                 |            |
| Endereço                                                                                                                                             |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 | Ocupação        |                 |            |
| - RUA TRAVESSA NICARAGUA - 10 - -                                                                                                                    |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 | NÃO INFORMADA   |                 |            |
| Class. de Risco                                                                                                                                      | Plano Convênio                     | Nº da Carteira               |                                 | Validade                       | Autorização                  | Sis Prenatal    |                 |                 |            |
|                                                                                                                                                      | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE       |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| Motivo do Atendimento                                                                                                                                | Caráter do Atendimento             | Profissional do Atend.       |                                 | Procedência                    | Temp.                        | Peso            | Pressão         |                 |            |
| ACIDENTE DE MOTO                                                                                                                                     | URGÊNCIA                           |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| Sector                                                                                                                                               | Tipo de Chegada                    | Procedimento Sol.            |                                 | Registrado por:                |                              |                 |                 |                 |            |
| GRANDE TRAUMA                                                                                                                                        | SAMU CAPITAL                       |                              |                                 | LIDIANE OLIVEIRA               |                              |                 |                 |                 |            |
| Queixa Principal                                                                                                                                     |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| DoR                                                                                                                                                  |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| Anamnese de Enfermagem                                                                                                                               |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| negativa                                                                                                                                             |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)                                                                                                                  |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| Paciente trazida pelo SAMU, com história de acidente (moto vs animal), no interior do estado. Status vitais estáveis. Imobilização do MTD Glasgow 15 |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| Exame Físico                                                                                                                                         |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| Hipótese Diagnóstica                                                                                                                                 |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| Ex Exposta de TÍBIA e FÍBULA                                                                                                                         |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| SADT - Exames Complementares                                                                                                                         |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ULTRA-SON | <input type="checkbox"/> TC  | <input type="checkbox"/> SANGUE | <input type="checkbox"/> URINA | <input type="checkbox"/> ECG | OUTROS:         |                 |                 |            |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                           |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| 1) Dipirona 2 g EV                                                                                                                                   |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| 2) Paracetamol 140 mg EV                                                                                                                             |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| 3) Solução Midolmefina de MID                                                                                                                        |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| 4) Clonazepam 600 mg EV 6/6 h                                                                                                                        |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| 5) Gentamicina 80 mg Ex 1x/dia                                                                                                                       |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| Condução                                                                                                                                             |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica                                                                                                     |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido                                                                                                               |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| <input type="checkbox"/> Alta a Revelia                                                                                                              |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| <input type="checkbox"/> Transferência para:                                                                                                         |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| óbito                                                                                                                                                |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| Antes do 1º Atendimento?                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Sim       | <input type="checkbox"/> Não | Destino:                        |                                |                              |                 |                 |                 |            |
|                                                                                                                                                      |                                    |                              | Família                         |                                |                              |                 |                 |                 |            |
|                                                                                                                                                      |                                    |                              | IML - Anatomia Patológica       |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| Assinatura do Paciente ou Responsável                                                                                                                |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| Carimbo e Assinatura do Médico                                                                                                                       |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| Impresso por: lidiane.oliveira                                                                                                                       |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| Data Hora: 22/02/2020 21:42:17                                                                                                                       |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |
| 2001223405                                                                                                                                           |                                    |                              |                                 |                                |                              |                 |                 |                 |            |



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE**  
**RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC**

118  
Bloc  
118-2

Eu JRanilck de oliveira CPFn° \_\_\_\_\_

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 26 de Fevereiro de 2020.

Assinatura do paciente: JRanilck de oliveira

Responsável:

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPFn°: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

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

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

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ . Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Regulator

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Alta: 26/02/20

|                                                                                                                 |  |                                                                                                               |  |                                                                             |  |                                                                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <b>Sistema Único de Saúde</b> |  | <b>Ministério da Saúde</b>                                                                                    |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>       |  | <b>NIR</b>                                                                                                |  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                                                |  |                                                                                                               |  |                                                                             |  |                                                                                                           |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                         |  |                                                                                                               |  | 2 - CNES                                                                    |  |                                                                                                           |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                                                          |  |                                                                                                               |  | 4 - CNES                                                                    |  |                                                                                                           |  |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                                                |  |                                                                                                               |  |                                                                             |  |                                                                                                           |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br><i>Evandro de Albuquerque</i>                                                           |  |                                                                                                               |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO<br><i>178623</i>                                       |  |                                                                                                           |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)<br><i>702403069898626</i>                                                    |  |                                                                                                               |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br><i>22/09/73</i>                                   |  | 9 - SEXO<br>Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3                   |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br><i>Maria Gesmundo de Albuquerque</i>                                         |  |                                                                                                               |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO<br>DDD <i>95</i> Nº DO TELEFONE <i>99117911485</i> |  |                                                                                                           |  |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                                                 |  |                                                                                                               |  | 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br><i>BO</i>                                   |  | 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF <i>PE</i> 16 - CEP                                                       |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                                              |  |                                                                                                               |  |                                                                             |  |                                                                                                           |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>prate com febre e exantema ou pelo + prof. D.</i>              |  |                                                                                                               |  |                                                                             |  |                                                                                                           |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>Do Aluno</i>                                                   |  |                                                                                                               |  |                                                                             |  |                                                                                                           |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)<br><i>Rx + laudo furo.</i>  |  |                                                                                                               |  |                                                                             |  |                                                                                                           |  |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>Ex. exantema pelo + prof. D.</i>                                                 |  |                                                                                                               |  |                                                                             |  |                                                                                                           |  |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                      |  |                                                                                                               |  |                                                                             |  |                                                                                                           |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                                  |  |                                                                                                               |  |                                                                             |  |                                                                                                           |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>Intensos + laudo de exames int.</i>                             |  |                                                                                                               |  |                                                                             |  | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                                               |  |
| 26 - CLÍNICA                                                                                                    |  | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO                                                                                    |  | 28 - DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF                                           |  | 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                        |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br><i>Fernando Rezende</i>                                     |  |                                                                                                               |  | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br><i>23/02/2020</i>                               |  |                                                                                                           |  |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br><i>Dr. Fernando Rezende</i><br>Médico<br>CRM-PE 2007  |  |                                                                                                               |  |                                                                             |  |                                                                                                           |  |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>                                           |  |                                                                                                               |  |                                                                             |  |                                                                                                           |  |
| 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                   |  | 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO                                                                             |  | 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                                          |  | 36 - CNPJ DA SEGURADORA                                                                                   |  |
| 37 - Nº DO BILHETE                                                                                              |  | 38 - SÉRIE                                                                                                    |  | 39 - CNPJ EMPRESA                                                           |  | 40 - CNPJ DA EMPRESA                                                                                      |  |
| 41 - CBOR                                                                                                       |  | 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) NÃO SEGURADO |  | 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                       |  | 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR                                                                                   |  |
| 45 - DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF                                                                               |  | 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                       |  | 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br><i>01/07/20</i>                                 |  | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br><i>0408050543</i><br><i>SP23</i><br><i>1299</i> |  |
| 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                 |  |                                                                                                               |  |                                                                             |  |                                                                                                           |  |



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Boletim de  
Alunos

Data: 23.02.20 O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Dr. Fernando Rezende

QUIRURGIÃO:

CRM-RR 2007

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Dr. Marcelo A. F. F. F.  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-RR 1243 / RQE: 05

- 1) paciente em DDA sob sedação leve
- 2) Anestesia e Analgesia
- 3) Colocação de curativo externo
- 4) LMC com SK 0,9% expansivo
- 5) Sutura de ferimento em região lateral de TVE
- 6) Colocação de frango externo em formato D com auxílio de intensificação da imagem + compressas de redução de edema
- 7) curativo
- 8) Ao RPA

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1964



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

*Tramila de Almeida Albuquerque* 46a. 21/02/2020  
Nº *Nº 11419/2006*  
*Nº 11419/2006*

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

| AGENTES | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |
|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| N 20    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 02      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

LIQUIDOS VENOSOS

DA X

ULSO

ANES

OP

TEMP

ASPIR.

RESP

Expon

Assist

Contro

SÍMBOLOS

| AGENTES            | DOSES                                         | TÉCNICA                         | ANOTAÇÕES                                 |
|--------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|
| A <i>Fentanil</i>  | <i>100 mg</i>                                 | <i>Paralaxe de Parame dim</i>   | <i>ANOTAÇÕES 1 - CHECK LIST ANEST. OK</i> |
| B <i>Midazolam</i> | <i>5 mg</i>                                   | <i>2 - Luv técnica oxiplica</i> | <i>MONITOR: SpO2, FC, PAM, FIL.</i>       |
| C <i>Propofol</i>  | <i>10 mg</i>                                  | <i>PUNÇÃO UNDO 27G de</i>       | <i>DAUP@ CN O2 2L/min</i>                 |
| D                  |                                               | <i>GUMEX (Atracurium)</i>       | <i>@Sedação - FNTA 100mg</i>              |
| E                  |                                               | <i>Variação do espartiteu</i>   | <i>NOTA 25-8</i>                          |
| F                  |                                               | <i>Cl A suplemento</i>          |                                           |
| G                  |                                               |                                 |                                           |
| GLICOSE            | LIQUIDOS                                      | Cânula - Naso / Oro Faríngea    | <i>1) Oxiq - BIPNVA. 15</i>               |
| INDCD              |                                               | Naso / Orotraqueal - Cega       | <i>2) Controline 240-260</i>              |
| SANGUE             |                                               | Bal - Tamp - Calibre do Tubo    | <i>3) Clindamicina 600-800</i>            |
|                    |                                               | Sob Máscara                     | <i>4) Dipriona 25 mg</i>                  |
|                    |                                               | Dificuldade Técnica             | <i>5) Daltapirina</i>                     |
| TOTAL              | <i>1000</i>                                   | TEMPO DE ANESTESIA              |                                           |
| OPERAÇÃO           | <i>Osteosíntese de fratura de</i>             |                                 | <i>Laringo - Espasmo - Excesso Secre</i>  |
|                    | <i>Placa Tibial (fratura esterne)</i>         |                                 | <i>Depressão Respiratória - Hipoxia</i>   |
| ANESTESIA          | <i>Dr. L. S. R. B. R. W. D. R. (Fernando)</i> | CÓDIGO                          | <i>PERDA SANGÜINEA</i>                    |

Ob. PUNÇÃO EVOLUIU REFLUXO DE LÍQUIDO AMARILHO, SANGUINOLÍNTA (AMARILHADO)  
EVIDENCIANDO POSSÍVEL HSA). FCA = 15  
#CD: Solicito TC de crânio

Bruno Thiago O. C. Pinto  
MÉDICO  
CRM 1025

Bruno Thiago O. C. Pinto  
MÉDICO  
CRM 1025



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

### FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                                                                                 |                                   |                                      |                                       |                                       |       |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------|
| NOME DO PACIENTE <b>46A</b><br><i>Wemleide de Albuquerque</i>                   |                                   | APT OU LEITO                         | Nº DO PRONTUÁRIO                      | DATA<br><i>22 / 02 / 2020</i>         |       |
| <b>CIRURGIA</b>                                                                 |                                   |                                      |                                       |                                       |       |
| TIPO<br><i>Fixador Externo de Platina Exposta de Tornozelo direito.</i>         |                                   | TEMPO DE DURAÇÃO                     |                                       |                                       |       |
|                                                                                 |                                   | INICIO<br><i>23:10</i>               | FIM<br><i>23:55</i>                   | TEMPO TOTAL                           |       |
| <b>EQUIPE MÉDICA</b>                                                            |                                   |                                      |                                       |                                       |       |
| CIRURGIÃO                                                                       | <i>A. Fernando</i>                |                                      | ANESTESISTA:                          |                                       |       |
| 1º AUXILIAR                                                                     | <i>Dr. Augusto</i>                |                                      | RES. ANESTESIA: <i>Dr. Bruno</i>      |                                       |       |
| 2º AUXILIAR                                                                     |                                   |                                      | INSTRUMENTADOR                        |                                       |       |
|                                                                                 |                                   | CIRCULANTE                           |                                       | <i>Vaniza / Salma / Eliangela M.</i>  |       |
| TIP DE ANESTESIA: <i>Raque 20:57</i>                                            |                                   | TEMPO DE DURAÇÃO:                    |                                       |                                       |       |
| QUANT.                                                                          | MATERIAIS                         | VALOR                                | QUANT                                 | MEDICAMENTOS                          | VALOR |
| <input type="checkbox"/>                                                        | PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.        |                                      | <input checked="" type="checkbox"/>   | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml      |       |
| <input type="checkbox"/>                                                        | PACOTES GAZE                      |                                      | <input type="checkbox"/>              | <i>Breca de Sutura</i>                |       |
| <input type="checkbox"/>                                                        | LUVA ESTERIL 7.0                  |                                      |                                       | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO          |       |
| <input type="checkbox"/>                                                        | LUVA ESTERIL 7.5                  |                                      |                                       | FRASCOS- SORO GLICOSADO               |       |
| <input type="checkbox"/>                                                        | LUVA ESTERIL 8.0                  |                                      |                                       | FIO VICRYL Nº                         |       |
| <input type="checkbox"/>                                                        | LUVA ESTERIL 8.5                  |                                      |                                       | FIO MONONYLON Nº <i>10</i>            |       |
| <input type="checkbox"/>                                                        | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS <i>P/M</i> |                                      |                                       | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº             |       |
| <input type="checkbox"/>                                                        | LÂMINA BISTURI Nº <i>15</i>       |                                      |                                       | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº             |       |
|                                                                                 | DRENO DE SUÇÃO Nº                 |                                      |                                       | FIO CATGUT SIMPLES Nº                 |       |
|                                                                                 | DRENO DE TORAX Nº                 |                                      |                                       | FIO CATGUT CROMADO Nº                 |       |
|                                                                                 | DRENO DE PENROSE Nº               |                                      |                                       | FIO PROLENE Nº                        |       |
|                                                                                 | SERINGA 01ML                      |                                      |                                       | FIO SEDA Nº                           |       |
|                                                                                 | SERINGA 03ML                      |                                      |                                       | SURGICEL                              |       |
|                                                                                 | SERINGA 05 ML                     |                                      | <i>±30cm</i>                          | <i>CERA P/ OSO Comparachapa</i>       |       |
|                                                                                 | SERINGA 10ML                      |                                      | <i>±5ml</i>                           | <i>KIT CATARATA Nº cateter 02</i>     |       |
|                                                                                 | SERINGA 20ML                      |                                      | <i>±30ml</i>                          | <i>GEOFOAM Alcool a 70%</i>           |       |
|                                                                                 |                                   |                                      | <input checked="" type="checkbox"/>   | <i>FITA CARDIACA Procedure Tópica</i> |       |
|                                                                                 |                                   |                                      |                                       | <i>OUTROS: Eletrodo</i>               |       |
|                                                                                 |                                   |                                      |                                       | <i>Grupo Maero e/oujetor</i>          |       |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                                   |                                      | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE            |                                       |       |
| INSTRUMENTADOR (A) *                                                            |                                   | ENFERMEIRA CHEFE                     | MATERIAL MEDICAMENTOS                 |                                       |       |
|                                                                                 |                                   | <i>Alexandra</i>                     | SUB- TOTAL                            |                                       |       |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS                                                            |                                   | CIRCULANTE DE SALA                   | TAXA DE SALA                          |                                       |       |
|                                                                                 |                                   | <i>Vaniza / Salma / Eliangela M.</i> | TAXA DE ANESTESIA                     |                                       |       |
|                                                                                 |                                   |                                      | SOMA                                  |                                       |       |
|                                                                                 |                                   |                                      | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE |                                       |       |

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA  
Tel.: 55(11)39494000  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250  
Ref.: 4747/01 Lote: 19H001219  
Registro ANVISA: 10229710095



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

### CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

|                                                                                               |             |                                    |                        |                                                                                |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Estabelecimento:<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                 |             | Especialidade:<br><i>Ortopedia</i> |                        | Procedimento Realizado: <i>Fixação externa de fratura de tornozelo direito</i> |                           |
| Nome do Paciente:<br><i>Ramiro de Albuquerque</i>                                             |             | IDADE:<br><i>46</i>                | SEXO: F ( ) M ( )      | Nº do Prontuário                                                               | Data<br><i>22/02/2020</i> |
| Bloco:                                                                                        | Enfermaria: | Leito:                             | Nº da Sala<br><i>4</i> | Circulante de Sala:<br><i>Vanessa Valéria / 84444444</i>                       |                           |
| CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:<br><i>ex. Pequena cirurgia<br/>Paparador</i> |             |                                    |                        |                                                                                |                           |

#### Dados dos materiais/Serviço

|                               |  |                   |  |        |
|-------------------------------|--|-------------------|--|--------|
| Hospital Geral de Roraima (x) |  | Dados Adicionais: |  | Marca: |
|-------------------------------|--|-------------------|--|--------|

| ITEM | DESCRIÇÃO DO ITEM | QUANT |
|------|-------------------|-------|
|------|-------------------|-------|

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA  
Tel.: 55(11)39484000  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250  
Ref.: 4747/01 Lote: 194001219  
Registro ANVISA: 10223710095

MÉDICO CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

|             |                                                                                   |        |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Empresa ( ) | Nome da Empresa: SIRIUS ( ) / SINTESE ( ) / QUANTUM ( )<br>ATHENA ( ) / MACON ( ) | Marca: |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|

| ITEM | DESCRIÇÃO DO ITEM | QUANT |
|------|-------------------|-------|
|------|-------------------|-------|

MÉDICO CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

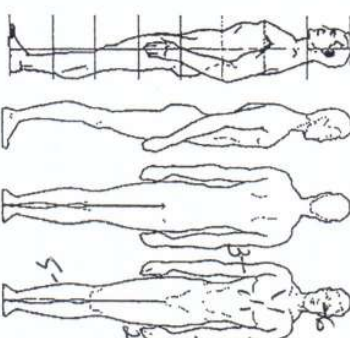
1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE  
2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Fone: (0xx95) 2121 0637  
E-mail: son.ma.hor@gmail.com

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Data: 22 / 02 / 2020

Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim (X) Não

| DADOS PRÉ-OPERATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                    |                     |                      |                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|----------------------|--------------------------------------------|
| Cirurgia Proposta:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | INTRA-OPERATÓRIO    |                    |                     |                      |                                            |
| Entrada na Sala                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Início da Anestesia | Início da Cirurgia | Término da Cirurgia | Término da Anestesia | Sinalis Vitais                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                    |                     |                      | HRPA                                       |
| 1. Informações:<br>Jejum ( <input checked="" type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não)<br>Prótese ( <input type="checkbox"/> Sim / <input checked="" type="checkbox"/> Não)<br>Exames ( <input type="checkbox"/> Sim / <input checked="" type="checkbox"/> Não)<br>Reserva UTI ( <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não)<br>Lateralidade ( <input checked="" type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não)<br>PNE ( <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não)<br>Alergia ( <input type="checkbox"/> Sim / <input checked="" type="checkbox"/> Não)<br>Qual: _____<br>Reserva de Hemoderivado: _____<br><input type="checkbox"/> Sim / <input checked="" type="checkbox"/> Não<br>Outros: _____ |                     |                    |                     |                      | Análise Pré-Operatória                     |
| 2. Chegou ao Centro Cirúrgico:<br><input type="checkbox"/> Deambulando<br><input checked="" type="checkbox"/> Consciente<br><input type="checkbox"/> Com Suporte de O2<br><input type="checkbox"/> TOT<br><input type="checkbox"/> Agitado<br>3. Sinais Vitais: T ____ °C R ____ rpm FC ____ bpm PA ____ mmHg SAT ____ %<br>4. Anotações (Admissão do Paciente):<br><u>Aterrito em 80. Preciso do GT. Recusa TC ref. Fratura exposto de ribs vítima de Acidente auto.</u><br>Negar DM, Nega HAS, Nega alergias.<br>Destino: ( <input checked="" type="checkbox"/> SRPA) / ( <input type="checkbox"/> UTI) / outros: _____                                                                                                                                  |                     |                    |                     |                      | Relatório Pós-Operatório                   |
| Anestesia Realizada: 22:49 - 23:00 Anestesia: 23:10 - 23:55 Posicionamento: Dorso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                    |                     |                      | Localização                                |
| Hidratação Intrínfida: Antibiótico Terapia SF 0,9%: 1 Sacal Nome: Anderson Gomes CH: Plasmia: Plaquetas: Outros: Hora: N° de Compressas oferecidas: 12 N° de Compressas recolhidas: 12 Exames na SO: ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) RX ( ) Gasometria ( ) Outros: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                    |                     |                      | BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO) |
| Legenda:<br>1. Eletrodos<br>2. Oxímetro<br>3. Manguito PA<br>4. Placa de Bisturi<br>5. Incisão<br>6. Cateter OZ<br>7. Venoclise<br>8. Dreno<br>9. SNG/SNE<br>10. Garrote<br>11. TOT ( ) Não ( ) Sim N°<br>12. SVD ( ) Não ( ) Sim N°<br>13. Outros: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                    |                     |                      | Observações:                               |
| Sinais Vitais: Saída da SO T ____ °C R ____ rpm FC ____ bpm PA ____ mmHg SAT ____ %<br>(X) Regular ( ) Irregular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                    |                     |                      | Entrada                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                    |                     |                      | Saída                                      |
| ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                    |                     |                      | Otros                                      |
| Realizado procedimento, paciente segue em repouso no leito.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                    |                     |                      | G.A. Almeida                               |



118-2

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |                                                         |      |          |      |               |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|------|----------|------|---------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                         |      |          |      |               |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                         |      |          |      |               |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                         |      |          |      |               |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                         | DIH  | DN       |      |               |
| PACIENTE                             | Ivanildo de Albuquerque                                 |      |          |      |               |
| AGNÓSTICO                            | fratura simples de Pêlo Tibial I                        |      |          |      |               |
| ALERGIAS                             | HAS                                                     | NEGA | DM2      | NEGA |               |
| IDADE                                | LEITO                                                   | DATA | 23/12/20 |      |               |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO                                              |      |          |      | HORÁRIO       |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                        |      |          |      | SND           |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                |      |          |      | Monta         |
| 3                                    | S. 0,9% 500ML EV S/N                                    |      |          |      | SND           |
| 4                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                  |      |          |      | 06h, 12h, 18h |
| 5                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                 |      |          |      | 06h           |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA   |      |          |      | SND           |
| 7                                    | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 |      |          |      | SND           |
| 8                                    | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                   |      |          |      | 04h, 12h, 20h |
| 9                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         |      |          |      | SND           |
| 10                                   | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                        |      |          |      | 06h, 12h, 18h |
| 11                                   | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H              |      |          |      | 08h, 20h      |
| 12                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     |      |          |      | S/N           |
| 13                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                       |      |          |      | SND           |
| 14                                   | CURATIVO DIÁRIO                                         |      |          |      | NOTARNA       |
| 15                                   | Pêlo Tibial I EV 12/12h                                 |      |          |      | 10h, 22h      |
| 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 MÉDICA:**  
#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 :

Dr. Fernando Rezende  
Médico  
CRM-RS 22007

| SINAIS VITAIS |        |    |     |
|---------------|--------|----|-----|
| 6 H           | PA     | FC | FR  |
| 12 H          |        |    |     |
| 18 H          | 122/81 | 73 | -   |
| 24 H          | 100/60 | 74 | 36° |

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

14:30

06h: 120x70 69 36°

13:20h  
PA: 120x79  
FC: 82  
FR: 21  
TAX: 36.9°C

118-2

1182

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SALA DE RCP / GRANDE TRAUMA / HGR

NOME DO PACIENTE: IVANILDE ALBUQUERQUE

DATA 28/02/2020

| SINAIS VITAIS |      |    |    |      |      |       |      |    |    |      |      |
|---------------|------|----|----|------|------|-------|------|----|----|------|------|
| HORA          | TAX  | FC | FR | SpO2 | P.A. | HORA  | TAX  | FC | FR | SpO2 | P.A. |
| 8:00          | 36.3 | 97 | 20 | 97%  |      | 14:00 | 36.9 | 80 | 25 | 97%  |      |
| :             |      |    |    |      |      | :     |      |    |    |      |      |
| 10:00         | 36.2 | 80 | 18 | 97%  |      | :     |      |    |    |      |      |
| :             |      |    |    |      |      | :     |      |    |    |      |      |
| 12:00         | 36   | 88 | 19 | 96%  |      | :     |      |    |    |      |      |
| :             |      |    |    |      |      | :     |      |    |    |      |      |

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

| REALIZAÇÃO DE DEXTRO |           |              |             |           |       |           |              |             |           |       |           |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|-----------|-------|-----------|--------------|-------------|-----------|-------|-----------|
| HORA                 | Resultado | Ins. Regular | Glicose 50% | Ass. Resp | HORA  | Resultado | Ins. Regular | Glicose 50% | Ass. Resp | HORA  | Resultado |
| 07:00                |           |              |             |           | 13:00 |           |              |             |           | 20:00 |           |
| 08:00                |           |              |             |           | 14:00 |           |              |             |           | 22:00 |           |
| 09:00                |           |              |             |           | 15:00 |           |              |             |           | 00:00 |           |
| 10:00                |           |              |             |           | 16:00 |           |              |             |           | 02:00 |           |
| 11:00                |           |              |             |           | 17:00 |           |              |             |           | 04:00 |           |
| 12:00                |           |              |             |           | 18:00 |           |              |             |           | 06:00 |           |
| 13:00                |           |              |             |           | 19:00 |           |              |             |           |       |           |

Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino

Enfermeiro Vespertino

04/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arg: Prontuario

Planta matutina: Redondo umbelífero, apanhado  
SSU administrado próximo - Loc. Juazeiro -  
Traseiro APT, com pulso, mantendo peso de 22 g.  
TAC  
SSU, LACTOS CUIABÁ, 2010  
Vezinhe Mito de Souza  
MORRIS 292389-02  
COREN-RR 776.79-02  
Téc. em Enfermagem  
Lucilene B. de A. da Silva

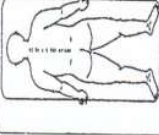
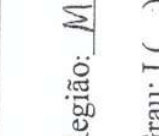
|                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                            |  | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                             |  | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |  |  |  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                     |  | DIH                                                                                                                                                                                                                        |  | 16/02/2020                           |  | DN                                                                                  |  |
| PACIENTE                                                             |  | IVANILDE DE AMBUQUERQUE                                                                                                                                                                                                    |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| DIAGNÓSTICO                                                          |  | FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO                                                                                                                                                                                    |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| ALERGIAS                                                             |  | HAS                                                                                                                                                                                                                        |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| IDADE                                                                |  | LEITO                                                                                                                                                                                                                      |  | 118-2                                |  | DATA                                                                                |  |
| ITEM                                                                 |  | 24/02/2020                                                                                                                                                                                                                 |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| 1                                                                    |  | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                           |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| 2                                                                    |  | AVP                                                                                                                                                                                                                        |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| 3                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| 4                                                                    |  | TILATIL 20MG EV DE 12/12H                                                                                                                                                                                                  |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| 5                                                                    |  | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H                                                                                                                                                                                          |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| 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 IN                                                                                                                                                           |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| 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                                                                   |  | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H                                                                                                                                                                                        |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| 12                                                                   |  | CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H                                                                                                                                                                                          |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| 13                                                                   |  | CURATIVO                                                                                                                                                                                                                   |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| 14                                                                   |  | SSVV + CCGG 6/6H                                                                                                                                                                                                           |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| 15                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| 16                                                                   |  | <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,   |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGAS.   |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| #EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO     |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO DIREITO.                             |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |
| SINAIS VITAIS                                                        |  | PA                                                                                                                                                                                                                         |  | FC                                   |  | FR                                                                                  |  |
| 6 H                                                                  |  | PA                                                                                                                                                                                                                         |  | FC                                   |  | FR                                                                                  |  |
| 12 H                                                                 |  | PA                                                                                                                                                                                                                         |  | FC                                   |  | FR                                                                                  |  |
| 18 H                                                                 |  | PA                                                                                                                                                                                                                         |  | FC                                   |  | FR                                                                                  |  |
| 24 H                                                                 |  | PA                                                                                                                                                                                                                         |  | FC                                   |  | FR                                                                                  |  |
| RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                               |  | 1964                                                                                                                                                                                                                       |  | DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR         |  |                                                                                     |  |



| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                     |                                         |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                     |                                         |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                         |            |
| Prescrição Médica                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     |                                         |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                     | DIH                                     | DN         |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                     | IVANILDE DE AMBUQUERQUE                 | 16/02/2020 |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                     | FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                     | HAS                                     | DM2        |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                     | LEITO                                   | 118-2      |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     | DATA                                    | 25/02/2020 |
| HORÁRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                     |                                         |            |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                    |                                         |            |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | AVP                                                                                                                                                                                                                 |                                         |            |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     |                                         |            |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | TILATIL 20MG EV DE 12/12H                                                                                                                                                                                           |                                         |            |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H                                                                                                                                                                                  |                                         |            |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | OMÉPRAZOL 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 IN                                                                                                                                                    |                                         |            |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H                                                                                                                                                                                 |                                         |            |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H                                                                                                                                                                                   |                                         |            |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CURATIVO                                                                                                                                                                                                            |                                         |            |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SSVV + CCGG 6/6H                                                                                                                                                                                                    |                                         |            |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                     |                                         |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                         |            |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                     |                                         |            |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,<br>ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGAS.<br>#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO<br>DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO DIREITO. |                                                                                                                                                                                                                     |                                         |            |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                     |                                         |            |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PA                                                                                                                                                                                                                  | FC                                      | FR         |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 120+10                                                                                                                                                                                                              | 75                                      | 36%        |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 120+10                                                                                                                                                                                                              | 80                                      | 36%        |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 120X69                                                                                                                                                                                                              | 68                                      | 35%        |
| DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR<br>1964<br>RESIDENTE EM ORTOPEDIA E<br>TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     |                                         |            |

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                                |                                                                                       |            |                    |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|--------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em        | Protocolo nº 1                                                                        | Versão: 08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 2/2020 |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas -<br>HGR | Paciente: <u>IRANILDE DE OLIVEIRA</u><br>Leito: <u>484 1182</u> Data: <u>25/02/20</u> |            |                    |                    |

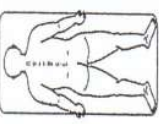
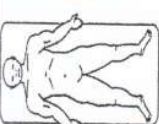
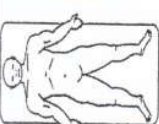
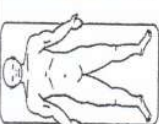
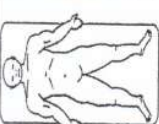
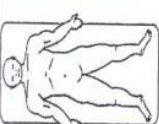
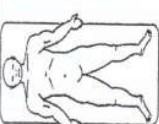
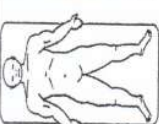
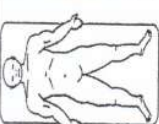
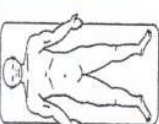
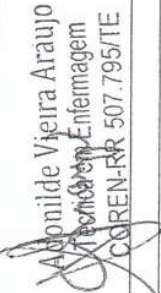
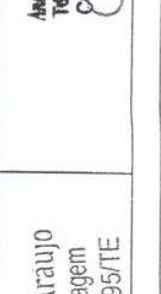
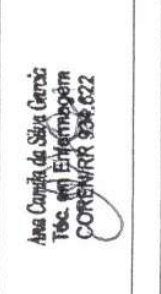
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                     |                                          |                                                                                                                                                             |                                     |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Localização                             |                                                                                                                                                                                                                   |  | Região: <u>MID</u><br>Grau: I ( ) II (X) |                                                                          | Região: _____<br>Grau: I ( ) II ( ) |
| Etiologia                               | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____                                                                                                                                          |                                                                                     |                                          | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____ |                                     |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____                                                                                                                                                                      |                                                                                     |                                          | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____                             |                                     |
| Pele Perilesional                       | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                          | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                                    |                                     |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento (X) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                          | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                  |                                     |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                          | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                              |                                     |
| Solução de Limpeza                      | (X) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     |                                          | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                 |                                     |
| Cobertura primária                      | (X) Gaze (X) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |                                          | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____                                                                |                                     |
| Troca                                   | ( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                     |                                          | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                             |                                     |
| Profissional que realizou procedimento: | Francieleide <br>Técnica em Enfermagem<br>COREN RR - 533058 TEC<br>Solange <br>Técnica em Enfermagem<br>COREN RR - 934.531 |                                                                                     |                                          |                                                                                                                                                             |                                     |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                     |                                          |                                                                                                                                                             |                                     |

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: P384G UHAEG 4CZQV 5K9YK

2877

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                             |                         |            |                    |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|------------|--------------------|--------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em     | Protocolo nº 1          | Versão: 08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 2/2020 |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas – HGR |                         |            |                    |                    |
| Paciente: <u>Adonilde Albuquerque</u>                                               |                             | Data: <u>10/21/2020</u> |            |                    |                    |
| Leito: <u>18.2</u>                                                                  |                             |                         |            |                    |                    |

|                                         |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |                                                                              |                                                                              | Região: <u>MSD</u><br>Grau: I ( ) II (X)                                                                                                                        |
| Etiologia                               | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> (X) <u>Ortopedia</u><br>( ) Outro:   |                                                                              | Região: <u>MSD</u><br>Grau: I ( ) II (X)                                                                                                                        |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>(X) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                                        |                                                                              | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> (X) <u>Ortopedia</u><br>( ) Outro:   |
| Pele Perilesional                       | (X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                                              |                                                                              | (X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                                              |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                            |                                                                              | ( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                            |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado (X) Úmido <u>pouco</u> ( ) Seco                                                                                                                     |                                                                              | ( ) Molhado (X) Úmido <u>pouco</u> ( ) Seco                                                                                                                     |
| Solução de Limpeza                      | (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                     |                                                                              | (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                     |
| Cobertura primária                      | (X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                          |                                                                              | (X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: <u>atadura + esperecho</u>                                               |
| Troca                                   | ( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                 |                                                                              | ( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                 |
| Profissional que realizou procedimento: | <br>Adonilde Vieira Araujo<br>Técnica em Enfermagem<br>COREN-RR 507.795/TE | <br>Adonilde Vieira Araujo<br>Técnica em Enfermagem<br>COREN-RR 507.795/TE | <br>Ana Carolina da Silva Garcia<br>Téc. em Enfermagem<br>COREN-RR 904.622 |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                 |