



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este número

SEU CÓDIGO

0072314-2

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capão da Onça, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.000-000 / Insc. Estadual: 24.007.022-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Cade 0-1
Registre Especial de Impresão autorizada pelo SEFIC 300/13

Nº da Nota Fiscal 4437472

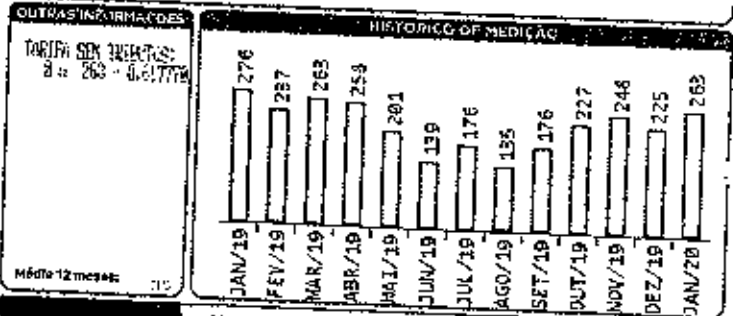
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002. FCAH*

CONTA A DES	VENCIMENTO	CONSUMO (U.M.)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JAN/2020	16/02/2020	238,50	238,50

JUSTIÇA FIDELIDADE PEREIRA
R. MURILO T. CIDADE 1523 - DR. SILVIO LEITE
CEP: 69.314-348 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KW/h)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 15.254	Atual: 17.00.0040	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1.3
Anterior: 15.254	Anterior: 17.00.0040	Classe/Subclasse: NORMAL
Data de consumo: 11/19	Produção leitura: 17.00.0040	Uso: TRIFÁSICA
Consumo de Multiplicação: 1.000	Emprego: 17.00.0040	Número Medidor: 1.1001.001
Consumo medido: 238,50	Apresentação: 17.00.0040	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 238,50		Modalidade: N 141563

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	238 A R\$ 0,760481 =	200,00
CORREÇÃO MONETARIA IG 11/19-00		0,00
MULTA POR ATRASO DE 1 11/19-00		1,00
JUROS DE MORA POR ATR 11/19-00		0,02
MULTA POR ATRASO 11/19-00		3,83
JUROS DE MORA DE IMPO 11/19-00		0,12
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		33,45



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Atenção! Até o dia 16/02/2020, não constataremos valores vencidos nesta Unidade Consumidora.

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS, CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 198,71	Encargos: 6,18	Base de Cálculo: 200,00	ICMS: 17,00
Distribuição: 27,50	Tributos: 27,50	PIS: 0,00	COPIS: 1,45
Transmissão: 11,40			

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
1.24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
0,58			1,00			0,58	

ROT: 11.001.19.00.703700

RORAIMA ENERGIA	SEU CÓDIGO 0072314-2	TOTAL A PAGAR - R\$ 238,50
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA Av. Capão da Onça, 591 - Centro - Boa Vista - RR CEP: 69.000-000 / Insc. Estadual: 24.007.022-8	MES FATURADO 01/2020	VENCIMENTO 16/02/2020
	Nº da Nota Fiscal: 4437472	FCAH*



SEQ.: 0263 UC: 0072314-2 DT. LEIT.: 17/01/2020 T. ENTR.: 04
LEITURA: 16058 NORMAL TOTAL: 238,50 CARGA: 027
DT. VENC.: 16/02/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4072

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

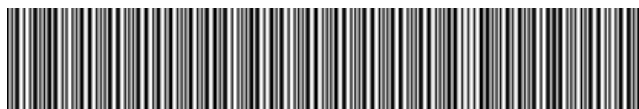
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/RIRLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343/20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jefferson Pereira da Fonseca inscrito (a) no CPF sob o Nº 967.343.092-91

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jefferson Pereira da Fonseca

inscrito (a) no CPF sob o Nº 967.343.092/91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3865</u>

Local e Data: Boa Vista-RR 07 de julho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação

Reclassificação

13.01.20

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

2001207666

10/01/2020 10:21:02

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

12

Paciente	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA	Data Nascimento	12/04/1995	Idade	24 A 8 M 28 D	CNS	CPF	Prontuário
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	M	Estado Civil	RAÇA/COR	Naturalidade
Mãe	JOSILENE FIGUEIREDO PEREIRA				NAO INFORMADO			BRASILEIRA
Endereço	RUA - NI - NI - BOA VISTA - RR				NI		Contato	Ocupação
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Precedência	Temp.	Poso	Prossão
Sector	GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.			Registrado por:	ERBEJONE.SIMPLICIO
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

① 5F09. 500ml @ 12h
② Tenoxicam 40mg @ 12h
③ Aspirina 300mg @ 12h

Dr. Claudio Linhares
Cirurgião Geral
CRM-RR 1-17

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impressa por: erbejone.simplicio
Data / Hora: 10/01/2020 10:25:25



2001207666

10/01/2020 G.O. 214 11:00am /

Paciente vítima de queda de moto
Apresentando lesão em tornozelo

Ex + Ex: Ex Exposto de fratura distal

Ch. do CC 31 LMC +

Hipócrates

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-BR 2028

**SUS****Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde****LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

BLOCO D

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

428501

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

208406488444108

8 - DATA DE NASCIMENTO

12/04/1995

9 - SEXO

Masc

1

Fem

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Suziane Figueiredo Penna

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura exposta de
ulna distal (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO Ungeco

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

fractura + RX + RX - Ungeco

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 TERCIÁRIO ASSOCIADAS

fratura exposta Ungeco

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Peracat

10/01/20

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR: 610**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

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 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

10/01/20

0408050578
5878

17078.1

V895



BOLETIM OPERATÓRIO

Jefferson P. de Faria

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 10/01/2011

G.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx expulsa T12 (S)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fixação externa T12 (S)

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Vitor Paracat

1º AUXILIAR: Alcinor R. R. S.

2º AUXILIAR: Alcinor R. R. S.

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- Pot D D H + anula

2- LMC + LMC + LMC + LMC

3- LMC cravado em T12 (S), + sutura, fixação
externa + controle radiológico + curativo

4- RPA

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM: RR 1635
RQE: 610Dr. Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM: RR 1635
RQE: 610



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Robson Lima de Sousa
Responsável Cirúrgico: _____

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMADO:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☐ Procedimento
Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

COEXISTÊNCIA DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA e

- ☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data: 10/11/2020 Assinatura: R3 Roraima
Hora: 12:45

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Robson Lima de Sousa

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☐ Identificação do paciente
☐ Sítio cirúrgico
☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☐ Não se aplica
☐ Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim
☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SÁIDA (Sala Pós Operatória)

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

- 3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- ☐ Sim ☒ Não

- ☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

404-5



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	10/01/2020
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SA
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12/18
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				12/18
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 S/N				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				Ratiana
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350; 6UI; 351-400. 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

REALI

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	124/75	87	-	36,5	
18 H	137/85	72	-	36,1	
24 H	120/68	70	-	36,6	

07 as 19 } administrado medicação aferido sinais vitais.
11/01/2020

06h PA = 110x85 P=91 T°=36,6

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

Data: ____/____/20

Enfermaria:

Leito:

DN: ____/____/____

Nome Completo:

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual(is):

Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim

Necessidade de intérprete? () Sim () Não

Qual idioma:

Possui acompanhante: () Sim () Não

Obs:

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida

SISTEMA NEUROLÓGICO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage Alterações:

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas () Afébril () Febril () Hipertérmica

() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar amiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso

Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações:

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontâneo () SVD () Pralida () Uropen

() Anúria () Oligúria () Cistostomia

() Irrigação contínua () Outros

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada

() Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não Região:

Alterações:

Fatos: () Presente () Ausente

() Edema Local

Risco de Lesão Sinalizado:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental	Prescrição de Cuidado Prev Quedas
Não	0 Orientado/limitado/conhece as limitações	() Manter grades laterais elevadas
Sim	25 Superestima capacidade/Esquece limitação	() Identificar o risco de queda na placa de identificação
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:	() Auxiliar o paciente na higiene
Não	0 Risco Baixo: 0 - 24	() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Sim	15 Risco Médio: 25 - 44	() Manter cama com rodas travadas
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45	() Necessidade de contenção ao leito
Não	Sinalização do Risco:	() Manter visibilidade de _____ horas
Sim	() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	() Colocar seguro nos pés
4. Auxílio na Deambulação	() Risco registrado na placa de identificação leito	() Material de uso pessoal ao alcance do paciente
Nenhum/Acamado/Auxiliado		
Muleta/Bengala/Andador		
Mobiliário Parede		
5. Marcha/Deambulação		
Normal/Sem deambulação/Acamado	0	
Fraca	10	
Comprometida/Combaleante	20	

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

Nº. 000.000.115
Série 001

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

DANFE
Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica



0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.000.115
Série 001
Folha 1 de 2

CHAVE DE ACESSO

1419 1110 6318 9700 0105 5500 1000 0001 1510 0000 7859

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTEÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE EMISSÃO

314190002930555 - 11/11/2019 21:55:06

TURMA DA OPERAÇÃO

Venda

INSCRIÇÃO ESTADUAL

240161736

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRANSP.

10.631.897/0001-05

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA - FUNDES

CNPJ / CPF

05.370.016/0001-00

DATA DA EMISSÃO

11/11/2019

DIREÇÃO

RAZÃO SOCIAL

NOVO PLANALTO

CNPJ

69312-470

INSCRIÇÃO ESTADUAL

10.631.897/0001-05

INSCRIÇÃO

UF

RR

9521210521

UF

RR

9521210521

Boa Vista

VALOR DO IMPOSTO

VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	94.100,00
VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	94.100,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

FRETE POR CONTA

CURRÊNCIA

VALOR DO IMPOSTO

UF

RR

9521210521

DIREÇÃO

UF

RR

9521210521

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

VALOR DO IMPOSTO

UF

RR

9521210521

PRODUTOS / SERVIÇOS

DIGITO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/ESH	GTZ	COOP	UN	QUNT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	DESCRIÇÃO	VALOR IMPOSTO	VALOR IMPOSTO	VALOR IMPOSTO	VALOR IMPOSTO
0001	FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 1910012620	90211020	0400	5103	UN	5,0000	600,0000	3.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0002	FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191001219	90211020	0400	5103	UN	17,0000	600,0000	10.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0003	FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191001220	90211020	0400	5103	UN	3,0000	600,0000	1.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191001529	90211020	0400	5103	UN	5,0000	600,0000	3.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191001530	90211020	0400	5103	UN	17,0000	600,0000	10.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191001531	90211020	0400	5103	UN	17,0000	600,0000	10.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0007	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191001533	90211020	0400	5103	UN	5,0000	600,0000	3.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191001535	90211020	0400	5103	UN	6,0000	600,0000	3.600,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0009	FIXADOR EXTERNO LINEAR 3000, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191001536	90211020	0400	5103	UN	2,0000	600,0000	1.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0010	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191001539	90211020	0400	5103	UN	7,0000	600,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0011	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191001541	90211020	0700	5103	UN	14,0000	600,0000	8.400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0012	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191001546	90211020	0400	5103	UN	17,0000	600,0000	10.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0013	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191001547	90211020	0400	5103	UN	8,0000	600,0000	4.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0014	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191001548	90211020	0400	5103	UN	4,0000	600,0000	2.400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0015	FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191001549	90211020	0400	5103	UN	4,0000	600,0000	2.400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0016	FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191001554	90211020	7400	5103	UN	8,0000	600,0000	4.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0017	FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191001138	90211020	0400	5103	UN	5,0000	430,0000	2.150,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0018	FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 191001139	90211020	0400	5103	UN	3,0000	530,0000	1.590,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

* Contribuinte: Informações Adicionais de Interesse do Fisco: PROCESSO Nº 007273/19-33

DATA DE EMPENHO: 20/01/2019 19:02:12-9

CONTABILIZADOS: BANCO DO BRASIL

JENIA

17-4

DATA CORRENTE: 58.164-9, EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

* Fisco: &Qtd.

RESERVADO AO FISCO

emitido em 11/11/2019 às 21:55:06

Este documento não possui validade jurídica.



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		10/01/2020	DN
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		404-5	DATA	12/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				45 18
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				208
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				12 18
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
14					
15					
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTÉ, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

REATT

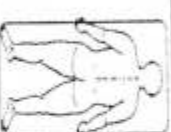
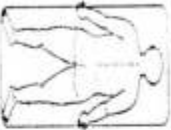
SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR		
12 H	120x80	86	20	36,5	
18 H	120x70	83	20	36,3	
24 H	124x77	72	-	37,0	

02 23:25 feito AVP glicose 20 MG G.
06h 120x77
FC = 82
T = 36,0

Dr. Iete Veloso Ferreira
B.Téc. em Enfermagem
COREN-RR 000601077

Atualizada: 12/2018

Data: 121051 2020

Localização	 	Região: <u>MD</u>	 	Região: _____
Etiologia	Grau: I () II (☒) ☒ LPP I II III IV ?* () Queimadura (☒ Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração ☒ Fixador Externo ☒ Ortopedia () Outro: _____			
Aparência do Lito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (☒ Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ (☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____			
Pele Perifoneal	() Purulento (☒) Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro: _____ () Molhado (☒) Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Quantidade de Exsudato	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			
Troca	() 12/12 () 48/48h () Diário () 12/12 () Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Francieleide A. Mendes Técnica em Enfermagem Técnico em Radiologia Coordenadora de Enfermagem Coordenadora de Radiologia Coordenadora de Nutrição Coordenadora de Psicologia Coordenadora de Serviço Social Coordenadora de Transporte Coordenadora de Vigilância Epidemiológica Coordenadora de Qualidade Coordenadora de Segurança Coordenadora de Treinamento Coordenadora de Avaliação Coordenadora de Pesquisa Coordenadora de Inovação Coordenadora de Comunicação Coordenadora de Relacionamento Coordenadora de Gestão de Pessoas Coordenadora de Planejamento Coordenadora de Controle de Qualidade Coordenadora de Manutenção Coordenadora de Infraestrutura Coordenadora de TI Coordenadora de Logística Coordenadora de Almoxarifado Coordenadora de Segurança Patrimonial Coordenadora de Segurança da Informação Coordenadora de Meio Ambiente Coordenadora de Responsabilidade Social Coordenadora de Governança Coordenadora de Compliance Coordenadora de Ética Coordenadora de Assessoria Jurídica Coordenadora de Assessoria Fiscal Coordenadora de Assessoria Contábil Coordenadora de Assessoria de Planejamento Coordenadora de Assessoria de Gestão Coordenadora de Assessoria de Comunicação Coordenadora de Assessoria de Relacionamento Coordenadora de Assessoria de Marketing Coordenadora de Assessoria de Vendas Coordenadora de Assessoria de Suporte Coordenadora de Assessoria de Treinamento Coordenadora de Assessoria de Avaliação Coordenadora de Assessoria de Inovação Coordenadora de Assessoria de Pesquisa Coordenadora de Assessoria de Desenvolvimento Coordenadora de Assessoria de Qualidade Coordenadora de Assessoria de Manutenção Coordenadora de Assessoria de Infraestrutura Coordenadora de Assessoria de TI Coordenadora de Assessoria de Logística Coordenadora de Assessoria de Almoxarifado Coordenadora de Assessoria de Segurança Patrimonial Coordenadora de Assessoria de Segurança da Informação Coordenadora de Assessoria de Meio Ambiente Coordenadora de Assessoria de Responsabilidade Social Coordenadora de Assessoria de Governança Coordenadora de Assessoria de Compliance Coordenadora de Assessoria de Ética Coordenadora de Assessoria de Assessoria Jurídica Coordenadora de Assessoria de Assessoria Fiscal Coordenadora de Assessoria de Assessoria Contábil Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Planejamento Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Gestão Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Comunicação Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Relacionamento Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Marketing Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Vendas Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Suporte Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Treinamento Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Avaliação Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Inovação Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Pesquisa Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Desenvolvimento Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Qualidade Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Manutenção Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Infraestrutura Coordenadora de Assessoria de Assessoria de TI Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Logística Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Almoxarifado Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Segurança Patrimonial Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Segurança da Informação Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Meio Ambiente Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Responsabilidade Social Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Governança Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Compliance Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Ética Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria Jurídica Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria Fiscal Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria Contábil Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Planejamento Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Gestão Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Comunicação Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Relacionamento Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Marketing Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Vendas Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Suporte Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Treinamento Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Avaliação Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Inovação Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Pesquisa Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Desenvolvimento Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Qualidade Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Manutenção Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Infraestrutura Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de TI Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Logística Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Almoxarifado Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Segurança Patrimonial Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Segurança da Informação Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Meio Ambiente Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Responsabilidade Social Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Governança Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Compliance Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Ética Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria Jurídica Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria Fiscal Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria Contábil Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Planejamento Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Gestão Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Comunicação Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Relacionamento Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Marketing Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Vendas Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Suporte Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Treinamento Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Avaliação Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Inovação Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Pesquisa Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Desenvolvimento Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Qualidade Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Manutenção Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Infraestrutura Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de TI Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Logística Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Almoxarifado Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Segurança Patrimonial Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Segurança da Informação Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Meio Ambiente Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Responsabilidade Social Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Governança Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Compliance Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Ética Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria Jurídica Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria Fiscal Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria Contábil Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Planejamento Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Gestão Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Comunicação Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Relacionamento Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Marketing Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Vendas Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Suporte Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Treinamento Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Avaliação Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Inovação Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Pesquisa Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Desenvolvimento Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Qualidade Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Manutenção Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Infraestrutura Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de TI Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Logística Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Almoxarifado Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Segurança Patrimonial Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Segurança da Informação Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Meio Ambiente Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Responsabilidade Social Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Governança Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Compliance Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Ética Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria Jurídica Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria Fiscal Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria Contábil Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Assessoria de Planejamento Coordenadora de Assessoria de Assessoria de Assessoria de			



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

Data: ____/____/20 Enfermaria: Leito: DN: ____/____/____

Nome Completo: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual(is): _____ Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico () Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração
Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente
Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () Anúria () Oligúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Ictérica () Anictérica
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

Alterações: _____
Flatos: () Presente () Ausente () Edema Local: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: ____/____/____
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____
Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração
() Risco de constipação	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental
Não 0	Orientado/limitado/conhece as limitações 0
Sim 25	Superestima capacidade/Esquece limitação 15
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:
Não 0	Risco Baixo: 0 - 24
Sim 15	Risco Média: 25 - 44
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45
Não 0	Sinalização do Risco:
Sim 20	() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem
4. Auxílio na Deambulação	() Risco registrado na placa de identificação leito
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	
Muleta/Bengala/Andador 15	
Mobiliário Parede 30	
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado 0	
Fraca 10	
Comprometida/Cambaleante 20	

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas
() Identificar o risco de queda na placa de identificação
() Auxiliar o paciente na higiene
() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
() Manter cama com rodas travadas
() Necessidade de contenção ao leito
() Manter vigilância de ____ horas
() Calçado seguro nos pés
() Material de uso pessoal ao alcance da mão

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____



GOV. RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	13/01/2020
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
14					
15	SOLICITO RX CONTROLE HOJE				
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFI. BRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

Dr. Jesus A. Lopez Ag
CRM-RR 565

RELAT

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	110 x 70	FC 75	FR 14	36°C	
12 H	122/77	79	19	36,6°C	
18 H	138/84	89	-	36,6°C	
24 H	141/70	84	17	37°C	

7 as 13h foi admin
medicação de
horário + SSVV

Ana Maria S. Macedo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 106.431.624

13.00 a 19.00

Realizado medicação
de acordo com presc
cof medica

06/052

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas –

HGR

Paciente:

Leito:

Data: 13/01/2020

Localização		Região: <u>mb</u>		Região: <u>mb</u>
Etiologia	Grau: I () II (✓) () L.P.P I II III IV ?* () Queimadura (✓) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização (✓) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros:			
Pele Perilesional	(✓) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:			
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (✓) Serosanguíneo () Seco () Outro:			
Quantidade de Exsudato	(✓) Molhado () Úmido () Seco			
Solução de Limpeza	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Cobertura primária	(✓) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>Agg</u>			
Troca	() 12/12 (✓) Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Adonilza Rodrigues Enfermeira 	Renata Silva Rodrigues Enfermeira 	Renata Silva Rodrigues Enfermeira 	Renata Silva Rodrigues Enfermeira
Observações:				

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

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

Enfermeiro Assinatura e Carimbo:



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	14/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5/11
2	AVP				20/01/20
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				20/01/20
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				20/01/20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				20/01/20
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				20/01/20
7	PLASII 10MG EV 8/8H S/N				20/01/20
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				20/01/20
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				20/01/20
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				20/01/20
11	CURATIVO DIÁRIO				20/01/20
12	SSVV + CCGG 6/6H				20/01/20
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				20/01/20
14					20/01/20
15	SOLICITO RX CONTROLE HOJE				20/01/20
16					20/01/20
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI /ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				20/01/20

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

REAII

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	127/84	141	-	36,1°C	
18 H	120/70	104	20	36,1°C	
24 H	120/80	106	-	36,1°C	



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

Data: ____/____/20

Enfermaria:

Leito:

Nome Completo:

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (is): Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma:

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico
() Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso
Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente
Alterações:

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVO () Fraída () Uropen-
() Anúria () Oligúria () Cistostomia
() Irrigação contínua () Outros:

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT
Aceleitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada
() Normocorada () Ictérica () Anictérica
Lesão por pressão: () Sim () Não Região:Alterações:
Flatos: () Presente () Ausente
() Edema Local: Risco de Lesão Sinalizado:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: Data: Trocar em:

Cateter Central: () Sim () Não Local: Curativo realizado em: Trocar em:

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade:

Curativos: () Sim () Não Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

Não

Sim

6. Estado Mental

0 Orientado/limitado/conhece as limitações

25 Superestima capacidade/Esquece limitação

2. Diagnóstico Secundário

Não

Sim

TOTAL:

Risco Baixo: 0 - 24

Risco Médio: 25 - 44

Risco Alto: Maior que 45

Não

Sim

Sinalização do Risco:

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado

Muleta/Bengala/Andador

Mobiliário Parede

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado

Frac

Comprometida/Cambaleante

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas
() Identificar o risco de queda na placa de identificação
() Auxiliar o paciente na higiene
() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
() Manter cama com rodas travadas
() Necessidade de contenção ao leito
() Manter vigilância de ____ horas
() Calçado seguro nos pés
() Material de uso pessoal ao alcance da mão

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

GOV. RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	104-5	DATA	5/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				
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 SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
14					
15	SOLICITO RX CONTROLE HOJE				
16					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFBRII, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

REALIZADO

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR	TAR	
12 H	138/85	92	21/20	35.9	
18 H	124/80	69	21/20	36.2	
24 H	102/69	72	-	38.0	

15/01/2020 administrado medicação aferido sinais
vitalis selva aos cuidados da enfermagem

06h 130mg/ea 2x/dia 72

IFRE
Institut Français
de Recherche
en Éducation

Tratamento de Feridas –

HGR

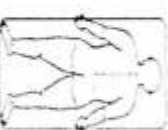
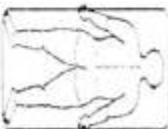
Paciente:

Leito:

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Data: 45 / 01 / 2020

Localização	 	Região: <u>M.I.D.</u> Grau: I () II (X) <u>3</u>	 	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	☐ L.PP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☒ Trauma: <u>Tração</u> <u>9</u> Fixador Externo () ortopedia ☐ Outro: _____		☐ L.PP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☐ Trauma: <u>Tração</u> <u>9</u> Fixador Externo () ortopedia ☐ Outro: _____	
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfúculo ☒ Granulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ ☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor ☐ Outro: _____		☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfúculo () Granulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ ☐ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor ☐ Outro: _____	
Pele Perilesional	☐ Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco ☐ Outro: _____ ☐ Molhado ☒ Úmido () Seco		☐ Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco ☐ Outro: _____ ☐ Molhado () Úmido () Seco	
Quantidade de Exsudato	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70% ☒ Gaze ☒ Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro: _____		☐ Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro: _____	
Cobertura primária	☐ 12/12 ☒ Diário () 48/48h		☐ 12/12 () Diário () 48/48h	
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário () 48/48h		☐ 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Juliane Moreira</u> <u>Enfermeira Especialista</u> <u>CRP-RR 453.554</u>		<u>Juliana do N. Silva</u> <u>Enfermeira de N. Silva</u> <u>CRP-RR 453.554</u>	
Observações:	<u>Admissão em 12/12</u> <u>CRP-RR 487.051 - TE</u>		<u>Admissão em 12/12</u> <u>CRP-RR 487.051 - TE</u>	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Jefferson Leoni da Fonseca

Id: 24 ans

FARMACOLOGIA - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº	
M3 2,0mg/kg 12.05 h FNT 50 uma satisfatório		EF IC 10.01.20	
12 15 30 45 13 15 30 45 14 15 30 45 15 15 30 45 16 15 30 45			
AGENTES			
LIQUIDOS VENOSOS			
DA			
X			
USO			
ANES			
X			
OP			
O			
TEMP			
ASPIR			
A			
RESP			
O			
Export			
Assist			
Contro			
SIMBOLOS	A B A P O a		
AGENTES	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES
A Bupivacaína 0,5%	12,5ml	RAZÃO ANESTESIA LOMBA H-100	x GERAR ANESTESIA DEBILITANTE C/
B		BACCA SINTÉTICA UN. M-1	DEBILITANTE E GEMAS FORTISSIMO
C		DEBILITANTE VENTILADOR GASTRO	- INFILTRAÇÃO PUNTO SUPERFICIAL C/
D		NON	DEBILITANTE 2º (40.00)
E			- PUNTO GASTRO SUPERFICIAL 13-14
F			DEBILITANTE 20.00
G			- 13.05.20 Bupivacaína 0,5% (12,5 ml)
GLUCOSE	LIQUIDOS	Cânula - Nasal / O2 Faringeal	(13) Clonitoxeno 1g (IV)
NOCD		Nasal / O2 Faringeal - O2	(13) 11.50
SANGUE		Red - Torno - Cálculo de Torno	
5 ml 14.2500	ml	Solo Mucosa	
		Unidade Técnica 11.50	
TOTAL	1500 ml	TEMPO DE ANESTESIA	13.40
OPERAÇÃO	TTO anestesico de Fentona da Fonseca		Leitanga - Espasmo - Ecesso Sincro Dressão Respiratória - Hipoxia "Bunking" - Vômito
ANESTESIA	CODIGO	CONTROLO	PERDA SANGUÍNEA
12.05.20	12.05.20	12.05.20	12.05.20

Bruno Thiago O. C. Pinto
MÉDICO
CRM-RR-10285

aplicado

12.05.20



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Jefferson Ferreira da Silva			2001207666	10/10/20	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
UTEROS 2º FET DE 10,2 mols		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		13:00	13:40		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		D. FERNANDES		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		D. DANIEL		
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
TIPO DE ANESTESIA: Rápid		CIRCULANTE			
		EVA / BAYM, Grande			
TEMPO DE DURAÇÃO:		Hilma			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☐	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	Secul
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		☐	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 35 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		☐	FIO SEDA Nº	Atadura de crepom
	SERINGA 01ML				
	SERINGA 03ML				
	SERINGA 05 ML				
	SERINGA 10ML				
	SERINGA 20ML				
☐	Geofloim				
☐	Geofloim				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
		Ribeiro		SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA	
		EVA Bahia		TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Hospital Geral de Roraima (X)	Dados Adicionais:	Marca:
-------------------------------	-------------------	--------

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel. 5511139484000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250
Ref. 4747/01 Lote 19H001218
Registro ANVISA 10223710095

INSTRUMENTADOR:

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

Date: 10/01/2020

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

INTRA-OPERATÓRIO

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2013



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

Data: ____/____/20

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não

() Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não

Qual(is): _____

Sexo: () F () M

Paciente indígena: () Não () Sim

Necessidade de intérprete? () Sim () Não

Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não

Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica

() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico

Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não

Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso

Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fraída () Uropen

() Anúria () Oligúria () Cistostomia

() Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO: () SNG/SOG () SNF/SOE () GTT

Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial

Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações: _____

Flatos: () Presente () Ausente

() Edema Local: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada

() Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não

Região: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não

Local: _____

Data: _____

Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não

Local: _____

Curativo realizado em: _____

Trocar em: _____

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____

Aspecto da secreção: _____

Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não

Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada

() Risco de infecção

() Risco de nutrição desequilibrada

() Risco de glicemia instável

() Risco de desequilíbrio do volume

() Volume de líquidos excessivo

() Volume de líquidos deficiente

() Padrão respiratório ineficaz

() Ventilação espontânea prejudicada

() Mobilidade física prejudicada

() Risco de integridade da pele prejudicada

() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal

() Padrão de sono prejudicado

() Déficit no autocuidado para Higiene

() Risco de Lesão por Pressão

() Risco de Quedas

() Risco de Broncoaspiração

() Eliminação urinária prejudicada

() Risco de constipação

() Comunicação deficiente

Escala de Morse

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

1. Histórico de Queda

Não

Sim

6. Estado Mental

0 Orientado/limitado/conhece as limitações

25 Superestima capacidade/Esquece limitação

TOTAL:

0 Risco Baixo: 0 - 24

15 Risco Médio: 25 - 44

Risco Alto: Maior que 45

Sinalização do Risco:

() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem

() Risco registrado na placa de identificação leito

() Manter grades laterais elevadas

() Identificar o risco de queda na placa de identificação

() Auxiliar o paciente na higiene

() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

() Manter cama com rodas travadas

() Necessidade de contenção ao leito

() Manter vigilância de ____/____ horas

() Calçado seguro nos pés

() Material de uso pessoal ao alcance da mão

2. Diagnóstico Secundário

Não

Sim

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Não

Sim

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado

Muleta/Bengala/Andador

Mobilidade Paralela

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado

Fraca

Comprometida/Cambaleante

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	16/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:11
2	AVP				mont
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12:45
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12:45
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				12:45
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12:45
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				12:45
8	TRAMAL 100MG + SFD, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				12:45
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				12:45
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12:45
11	CURATIVO DIÁRIO				12:45
12	SSVV + CCGG 6/6H				12:45
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

REA II

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR		
12 H	123x79	79	—	36.0	
18 H	140x80	107	—	36.5	
24 H	140x87	101	15	36.30	

064: 128x83 89 18 36.30

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Jefferson

Revisão

Ferreira

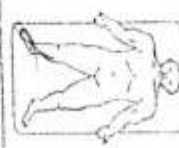
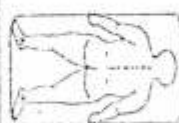
Leito:

404-5

Data:

16/01/2020

Localização



Região: MID

Grau: I () II (x) III ()

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular

() Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia

() Outro:

Aparência do

Leito

(x) Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (x) Granulação () Epitelização

() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Periférica

() Normal () Macerado () seca (x) Eritema / Rubor

Tipo de Exsudato

() Purulento () Seroso () Sanguinolento (x) Serosanguíneo () Seco

() Outro:

Quantidade de

Exsudato

() Molhado (x) Úmido

() Seco

Solução de

Limpeza

(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura

primária

(x) Gaze () Colagenase/Fibrinase (x) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel

(x) Outro: Açaí

Troca

() 12/12

(x) Diário

() 48/48h

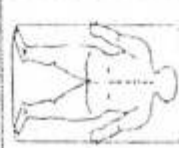
Profissional que realizou procedimento:

Renata Silva Rodrigues

Adriana Pereira Araújo

Observações:

COREN-PR 965



Região: MID

Grau: I () II (x) III ()

() LPP I II III IV ?* () Queimadura (x) Cirurgia () DM () Vascular

() Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia

() Outro:

() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (x) Granulação () Epitelização

(x) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

(x) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor

() Purulento (x) Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco

() Outro:

() Molhado

(x) Úmido

() Seco

(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70%

(x) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel

() Outro:

() 12/12

(x) Diário

() 48/48h

Renata Silva Rodrigues

Adriana Pereira Araújo

COREN-PR 965



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

Data: ____/____/20__

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não

() Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não

Qual (is): _____

Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim

Necessidade de Intérprete? () Sim () Não

Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não

Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico () Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVO () Fralda () Uropen () Anúria () Oligúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Outros: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não

Local: _____

Data: _____

Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não

Local: _____

Curativo realizado em: _____

Trocar em: _____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____

Aspecto da secreção: _____

Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não

Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada

() Padrão respiratório ineficaz

() Risco de Lesão por Pressão

() Risco de Infecção

() Ventilação espontânea prejudicada

() Risco de Quedas

() Risco de nutrição desequilibrada

() Mobilidade física prejudicada

() Risco de Broncoaspiração

() Risco de glicemia instável

() Risco de integridade da pele prejudicada

() Eliminação urinária prejudicada

() Risco de desequilíbrio do volume

() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal

() Risco de constipação

() Volume de líquidos excessivo

() Padrão de sono prejudicado

() Comunicação deficiente

() Volume de líquidos deficiente

() Déficit no autocuidado para Higiene

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

Não

6. Estado Mental

Sim

0 Orientado/limitado/conhece as limitações

25 Superestima capacidade/Esquece limitação

2. Diagnóstico Secundário

TOTAL:

Não

0 Risco Baixo: 0 - 24

Sim

15 Risco Médio: 25 - 44

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Risco Alto: Maior que 45

Não

0 Sinalização do Risco:

Sim

20 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem

() Risco registrado na placa de identificação leito

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado

Muleta/Bengala/Andador

Mobilário Parede

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado

Frac

Comprometida/Cambaleante

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas

() Identificar o risco de queda na placa de identificação

() Auxiliar o paciente na higiene

() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

() Manter cama com rodas travadas

() Necessidade de contenção ao leito

() Manter vigilância de ____ horas

() Calçado seguro nos pés

() Material de uso pessoal ao alcance da mão

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

GOV. GERAL DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HGR

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	17/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	AVP				SW
3	CLINDAMICINA 600MG IV OU VO DE 6/6H				SW
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				SW
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SW
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				SW
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SW
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				SW
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SW
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
11	CURATIVO DIÁRIO				SW
12	SSVV + CCGG 6/6H				SW
13	AO HC				SW
14					
15					
16					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC
COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	4
12 H	140/87	92	-	36,0°
18 H	140/90	102	-	36,0°
24 H	134/67	97	-	37,3°

DR AUGUSTO CAVALCANTE
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 1984

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Algeron Rana Jenece

Leito: 404.5

Data: 17/01/2018

Localização		Região: <u>MSD</u> Grau: I () II (☒)		Região: <u>MSD</u> Grau: I (☒) II ()
Etiologia	() L.PP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() L.PP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração <u>X</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() L.PP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração <u>X</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() L.PP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração <u>X</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	(☒) Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (☒) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros: ___	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (☒) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros: ___	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros: ___	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros: ___
Pele Perilesional	() Normal (☒) Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (☒) Serosanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (☒) Serosanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo (☒) Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo (☒) Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado (☒) Úmido () Seco () Outro:	() Molhado () Úmido () Seco () Outro:	() Molhado () Úmido (☒) Seco () Outro:	() Molhado () Úmido (☒) Seco () Outro:
Solução de Limpeza	(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Outro:	(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Outro:	(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Outro:	(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Outro:
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase (☒) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Luciene Morais</i> ANEP 0123456789 COREN-RR 453.554	<i>Luciene Morais</i> ANEP 0123456789 COREN-RR 453.554	<i>Luciene Morais</i> ANEP 0123456789 COREN-RR 453.554	<i>Luciene Morais</i> ANEP 0123456789 COREN-RR 453.554
Observações:				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

404-5

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Jefferson Pereira da Fonseca CPF nº _____

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 retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

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

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

6.) Confirmando 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, 17 de 01 de 2020.

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

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

Confirmando 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/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

404-5

GOV. ANÍTO DI RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO				DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA						
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO						
ALERGIAS			HAS		DM2		
IDADE			LEITO	404-5	DATA	18/01/2020	
ITEM							HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						SN
2	AVP						manhã
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H						12h, 18h
4	CIPROFLOXACINO 400MG IV DE 12/12H						06h, 18h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN						SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA						06h
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						} SN
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN						
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						} Reativo
11	CURATIVO DIÁRIO						
12	SSVV + CCGG 6/6H						Reativo
13	AO HC						
14							
15							
16							
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REATI

SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	114/65	88	17	36,1°C	DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM RR 1964
18 H	113/85	95	20	36°C	
24 H	100/69	93	-	36,3°C	
	115/71	89	-	36,4°C	

07h as 19h - Paciente sem queixas, administrado medicações cop.m, Verificado SSVV, Aux. de cama 705252

Paciente orientado, administrado medicações, verificado SSVV, aux. de cama 705252

Marcos Paulo Pereira da Silva
Enfermeiro de Enfermagem
CRM RR 461.069 AE

404.3



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	19/01/2020
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				Su
2	AVP				Monte
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 (10) (14) (16)
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DI 12/12H				08
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				Su
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				Su
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU ICP 50MG VO DE 8/8H SN				Su
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				Su
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Su
11	CURATIVO DIÁRIO				Retirar/curativo
12	SSVV + CCGG 6/6H				Retirar
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉTICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REA II

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TAH
12 H	122/77	74	21	36.2
18 H	126/72	86	21	36.2
24 H	130/77	77	18	36.2

Obs: Apresentou reação alérgica após item (03).
reação alérgica a clindamicina?
404 319965



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

Data: 19/10/2020

Enfermaria: 404

Leito: 03

Nome Completo: Jefferson Pereira Figueira

DN: 1/1/1

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: ☐ Sim ☐ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - perdigotosAlergia: ☐ Sim ☐ Não Qual(is): _____ Sexo: ☐ F ☐ MPaciente Indígena: ☐ Não ☐ Sim Necessidade de intérprete? ☐ Sim ☐ Não Qual idioma: _____Possui acompanhante: ☐ Sim ☐ Não Obs: _____Deambulação: ☐ Normal ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Comprometida:

SISTEMA NEURÓLOGO

☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Apático ☐ Não Reage ☐ Alterações: _____

PUPILAS

☐ Fotorreagente ☐ Mióticas ☐ Midríaticas ☐ Afebril ☐ Febril ☐ Hipertérmico
☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes ☐ Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Troqueostomia ☐ Aspiração
Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico
☐ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

☐ Normotenso ☐ Distendido ☐ Gínboso
Ruidos Hidroaéreos: ☐ Presente ☐ Ausente
Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Fralda ☐ Uropen
☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Cistostomia
☐ Irrigação contínua ☐ Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

☐ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT
Aceitação da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial
Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia
Alterações: _____
Flatos: ☐ Presente ☐ Ausente

CARACTERÍSTICAS DA PELE

☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada
☐ Normocorada ☐ Ictérica ☐ Anictérica
Lesão por pressão: ☐ Sim ☐ Não Região: _____ Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____Sinais de Infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: ☐ Sim ☐ Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

☐ Deglutição Prejudicada	☐ Padrão respiratório ineficaz	☐ Risco de Lesão por Pressão
☐ Risco de infecção	☐ Ventilação espontânea prejudicada	☐ Risco de Quedas
☐ Risco de nutrição desequilibrada	☐ Mobilidade física prejudicada	☐ Risco de Broncoaspiração
☐ Risco de glicemia instável	☐ Risco de integridade da pele prejudicada	☐ Eliminação urinária prejudicada
☐ Risco de desequilíbrio do volume	☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	☐ Risco de constipação
☐ Volume de líquidos excessivo	☐ Padrão de sono prejudicado	☐ Comunicação deficiente
☐ Volume de líquidos eficiente	☐ Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental
Não 0	Orientado/limitado/conhece as limitações 0
Sim 25	Superestima capacidade/Esquece limitação 15
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:
Não 0	Risco Baixo: 0 - 24
Sim 15	Risco Médio: 25 - 44
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45
Não 0	Sinalização do Risco:
Sim 20	☐ Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem
4. Auxílio na Deambulação	☐ Risco registrado na placa de identificação feito
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	
Muleta/Bengala/Andador 15	
Mobiliário Parede 30	
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado 0	
Fraca 10	
Comprometida/Cambaleante 20	

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

☐ Manter grades laterais elevadas
☐ Identificar o risco de queda na placa de identificação
☐ Auxiliar o paciente na higiene
☐ Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
☐ Manter cama com rodas travadas
☐ Necessidade de contenção ao leito
☐ Manter vigilância de ____ horas
☐ Calçado seguro nos pés
☐ Material de uso pessoal ao alcance da mão

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

404-S M

Alegria e Lindemine

Dr. Francisco Júnior
Médico
CRM-RR 1800GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	10/01/2020	DN
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	404-S	DATA 20/01/2020
ITEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		5 M
2	AVP		manhã
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H		12h
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H		12h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN		5h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		5h
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		5h
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN		5h
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		5h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		5h
11	CURATIVO DIÁRIO		5h
12	SSVV + CCGG 6/6H		5h
13			5h
14			5h
15			5h
16			5h
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REA H 06h00 115x74 P: 72 T: 36.3

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	112x76	102	-	36.3	
18 H	113x77	98	-	37.2	
24 H	111x76	87	-	37.2	

A 18h. Exame físico realizado. Todos os sinais vitais dentro da normalidade. Paciente transferido para o HC com cirurgia programada para dia 28/1/ TARDE.

Enfermeira
COREN/RR - 1877

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		10/01/2020		DN	
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		404-5		DATA	
ITEM							HORARIO
1		DIETA ORAL LIVRE					5:00
2		AVP					5:00
3		CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H					5:00
4		CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H					5:00
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN					5:00
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					5:00
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					5:00
8		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN					5:00
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					5:00
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					5:00
11		CURATIVO DIÁRIO					5:00
12		SSVV + CCGG 6/6H					5:00
13							
14							
15							
16							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC
COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

SSVV. 06H
PA 77/61/70
FC 80
T 36,3

REALIZ

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T	
6 H					
12 H	116 x 75	88	28	36,2°	
18 H	120/68	89	28	36,4°	
24 H	120/70	80	25	36,3°	

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



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

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

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-E	DATA	22/01/2020
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				manhã
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				5:00
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				5:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				5:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				5:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				5:00
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				5:00
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				5:00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5:00
11	CURATIVO DIÁRIO				5:00
12	SSVV + CCGG 6/6H				5:00
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REAII

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	6 ^h
6 H	122x70	79	18	36,1
12 H	122x74	90	20	36,4
18 H	140/80	88	22	36,2
24 H	120x70	70	18	36,1

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
 CRM-1864 RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

Data: ____/____/20__

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (is): _____ Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Afebril () Febril () Hipotérmico

() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso

Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen

() Anúria () Oligúria () Cistostomia

() Irrigação contínua () Outros: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada

() Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____ Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| () Deglutição Prejudicada | () Padrão respiratório ineficaz | () Risco de Lesão por Pressão |
| () Risco de infecção | () Ventilação espontânea prejudicada | () Risco de Quedas |
| () Risco de nutrição desequilibrada | () Mobilidade física prejudicada | () Risco de Broncoaspiração |
| () Risco de glicemia instável | () Risco de integridade da pele prejudicada | () Eliminação urinária prejudicada |
| () Risco de desequilíbrio do volume | () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | () Risco de constipação |
| () Volume de líquidos excessivo | () Padrão de sono prejudicado | () Comunicação deficiente |
| () Volume de líquidos deficiente | () Déficit no autocuidado para Higiene | |

Escala de Morse**1. Histórico de Queda**

Não 0

Sim 25

2. Diagnóstico Secundário

Não 0

Sim 15

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Não 0

Sim 20

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado 0

Muleta/Bengala/Andador 15

Mobiliário Parede 30

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado 0

Fraca 10

Comprometida/Cambaleante 20

6. Estado Mental

Orientado/limitado/conhece as limitações 0

Superestima capacidade/Esquece limitação 15

TOTAL: _____

Risco Baixo: 0 - 24

Risco Médio: 25 - 44

Risco Alto: Maior que 45

Sinalização do Risco:

() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermaria

() Risco registrado na placa de identificação do leito

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas

() Identificar o risco de queda na placa de identificação

() Auxiliar o paciente na higiene

() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

() Manter cama com rodas travadas

() Necessidade de contenção ao toilet

() Manter vigilância de ____/____ horas

() Calçado seguro nos pés

() Material de uso pessoal ao alcance da mão

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	23/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				20:00
2	AVP				pronto
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG IV DI 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				12/12
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI OU GLICOSE > 70 UI/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
 HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC
 COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REALI

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
12 H	130x80	73	20	36,8°C	
18 H	134/96	84	20	36,4°C	
24 H	113/80	87	20	36,4°C	

06 100/65 87 20 36,5°C

As 17h pac. transferido para
 Administração de 1º andar (5º andar)
 Tico Rosário

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

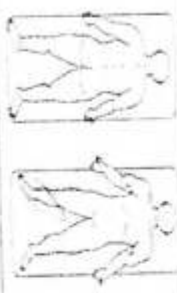
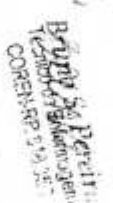
DEFILACON POCINHA

Leito:

404-6

Data:

21/04/2020

Localização		Região: <u>MI</u>		Região: _____
Etiologia	Grau: <u>(X) I (X) II (X)</u> ☐ I, ☐ II, ☐ III, ☐ IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Tracção</u> ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro: _____			
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfáceo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____ ☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____			
Pele Perilesional	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco			
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%			
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____			
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	VIVIANE RIBEIRO MOREIRA Enfermeira do Núcleo de Tratamento de Feridas COREMAR 453.554  BRYAN PEREIRA Enfermeiro do Núcleo de Tratamento de Feridas COREMAR 514.387 			
Observações:	_____ _____ _____			



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

Data: ____/____/20__

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - dedos

Alergia: () Sim () Não Qual(is): _____ Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

SISTEMA NEUROLÓGICO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas

() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico

() Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotensão () Distendido () Globoso

Ruidos Hidroacústicos: () Presente () Ausente

Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen

() Anúria () Oligúria () Cistostomia

() Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT

Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial

Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações: _____

Flatos: () Presente () Ausente

() Edema Local: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

Lesão por pressão: () Sim () Não

Região: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não

Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não

Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| () Deglutição Prejudicada | () Padrão respiratório ineficaz | () Risco de Lesão por Pressão |
| () Risco de infecção | () Ventilação espontânea prejudicada | () Risco de Quedas |
| () Risco de nutrição desequilibrada | () Mobilidade física prejudicada | () Risco de Broncoaspiração |
| () Risco de glicemia instável | () Risco de integridade da pele prejudicada | () Eliminação urinária prejudicada |
| () Risco de desequilíbrio do volume | () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | () Risco de constipação |
| () Volume de líquidos excessivo | () Padrão de sono prejudicado | () Comunicação deficiente |
| () Volume de líquidos deficiente | () Déficit no autocuidado para Higiene | |

Escala de Morse

- | | | |
|---|--|--|
| 1. Histórico de Queda | 6. Estado Mental | () Manter grades laterais elevadas |
| Não 0 | Orientado/limitado/conhece as limitações | () Identificar o risco de queda na placa de identificação |
| Sim 25 | Superestima capacidade/Esquece limitação | () Auxiliar o paciente na higiene |
| 2. Diagnóstico Secundário | TOTAL: | () Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama |
| Não 0 | Risco Baixo: 0 - 24 | () Manter cama com rodas travadas |
| Sim 15 | Risco Médio: 25 - 44 | () Necessidade de contenção ao leito |
| 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | Risco Alto: Maior que 45 | () Manter vigilância de ____/____ horas |
| Não 0 | Sinalização do Risco: | () Calçado seguro nos pés |
| Sim 20 | () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem | () Material de uso pessoal ao alcance da mão |
| 4. Auxílio na Deambulação | () Risco registrado na placa de identificação leito | |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 | | |
| Muleta/Bengala/Andador 15 | | |
| Mobilário Parede 30 | | |
| 5. Marcha/Deambulação | | |
| Normal/Sem deambulação/Acamado 0 | | |
| Fraca 10 | | |
| Comprometida/Cambaleante 20 | | |

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA			
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO			
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	24/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				21:00
2	AVP				11:00
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08:30
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				11:30 SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SC
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 I OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				09:00
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, LUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REALL

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	137/82	108	19	36,0	
18 H	110x70	88	19	36,0	
24 H	121x75	63	18	36,0	

06/131x70 | 61 | 18 | 36,0

Gluco - Colocado exames
laboratoriais.

24/01/2020, administrado medicamentos, aferido sinais vitais, realizado coleta de exames laboratoriais.

404-5

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				 HGR
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
	SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA				
	PRESCRIÇÃO MÉDICA				

DATA DE ADMISSÃO		DIH		10/01/2020		DN	
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2			
IDADE		LEITO	404-5	DATA	25/01/2020		
ITEM							HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						S/D manter
2	AVP						
3							
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H						20:20 S/D
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN						
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA						
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						S/D
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN						
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						h Petim
11	CURATIVO DIÁRIO						
12	SSVV + CCGG 6/6H						
13							
14							
15							
16							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

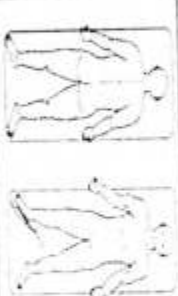
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REAII				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	136/93	89	26.3c	
18 H	136/77	93	36c	
24 H	120/78	94	36.7c	

06:00 T 36.5 85 130/79

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <u>Jefferson Pereira Faria</u> Leito: <u>404-5</u> Data: <u>25/01/12</u>			

Localização		Região: <u>MT D</u> Grau: I () II (x)		Região: <u>MT D</u> Grau: I () II (x)
Etiologia	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (x) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros (x) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:			
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (x) Serosanguíneo () Seco () Outro:			
Tipo de Exsudato	() Molhado (x) Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Solução de Limpeza	(x) Gaze () Colagenase/Fibrinase (x) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Cobertura primária	(x) Diário () 48/48h () 12/12 (x) Diário () 48/48h			
Troca	Profissional que realizou procedimento: <u>Renata</u> Observações:			

404-5

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

GOVERNO DE RORAIMA
 Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		10/01/2020		DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA							
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO							
ALERGIAS		CLINDAMICINA		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		404-5		DATA 26/01/2020	
ITEM							HORÁRIO
1. DIETA ORAL LIVRE							SN
2. AVP							SN
3.							
4. CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H							SN
5. DIPYRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN							SN
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA							
7. PLASIL 10MG EV 8/8H S/N							
8. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN							
9. CIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N							
10. LAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							
11. CURATIVO DIÁRIO							M
12. SSVV + CCGG 6/6H							Rotina
13.							
14.							
15.							
16.							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%-40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCENITRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 II EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
 HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA
 DIA 28/1/ TARDE.

22h - novo AVP com boa infusão MSD G=20.
 Aceita bem o tratamento, sem queixas, Realizado
 medicações cpm

SINAIS VITAIS				
6h	PA	FC	FR	
12h	131/78	92	19	36°C
18h	105/81	106	-	37,3°C
24h	113/89	91	22	36,6°C

66h afim de funcionamento
 As 8.30 ixcado qum venoso e adminis-
 trado medicação ep Verificado SSV
 Tei Rotina

Jefferson P. Silva
 Médico
 Ortopedia e Traumatologia
 C.R.O. 1733 RQE 678

HGR
Hauptstadt der Rortine

Tratamento de Feridas —

Paciente: DEEDON DILLON

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Localização	 Região: <u>MIB</u>	 Região: _____
Etiologia	Grau: I (☒) II (☒ () L.PP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : ____ Tração ☒ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	Grau: I () II () () L.PP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : ____ Tração ____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácio (☒ Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros ____ ☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácio () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros ____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (☒ Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:
Tipo de Exsudato	() Molhado (☒ Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (☒ Clorexidina 2% () Alcool 70%	() Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☒ Outro: <u>At-2</u>	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 (☒ Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Deividson</u> João Diego Ruiz Louredo - TE QDREN-RR 66203-1E Hospital São Sebastião Cidade de São Paulo	
Observações:		



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	27/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

Jesus E. Lopes Aguiar
CRM-RR 585

REALI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	110/70	81	-	35.4
18 H	110/70	81	-	36.2
24 H	112/75	112	-	36.2

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

27/01/2020 administrado medicação aferido sinais vitais
06h PA 100/62 P 90 T 36.2
Paciente em repouso sem
níveis medidos
Marta Pereira da Silva
Avaliadora de Enfermagem
MO 451 169 AE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

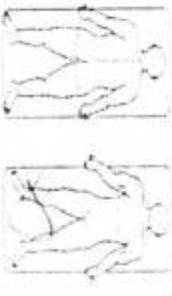
JOSEFECOM MACHUCA

Leito:

404-5

Data:

27/04/2020

Localização		Região: <u>MMB</u>		Região: _____
Etiologia	Grau: I (☒) II (☒) ☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Tracção</u> ☒ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro: _____			
Aparência do Leito	☒ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____			
Pele Perilesional	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____			
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco			
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%			
Cobertura primária	☒ Gaze ☒ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____			
Troca	☒ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<u>MACHUCA</u> Enfermeira do N. Sise <u>Priscila S. Pereira</u> Registro de Enfermagem <u>CONCREATOR 816.356</u>			
Observações:	_____ _____ _____			



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SE/UE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOH

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

18/11/20

0408050578 → 5826
0408050543 → 5823



BOLETIM OPERÁRIO

Data:

28/01/02

O.S.

Jefferson Pereira
da Fonseca

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Abordagem em DMH para remoção de tecido.
- (2) Abordagem + fratura + remoção de tecido.
- (3) remoção de tecido em DMH.
- (4) remoção + fratura de placa de DMH com fratura.
- (5) remoção de tecido de DMH, remoção + fratura de placa de DMH de DMH.
- (6) remoção + remoção de DMH.
- (7) remoção + remoção de DMH.

Dr. João Carlos de
Fonseca
CRM-PR 1007Dr. João Carlos de
Fonseca
CRM-PR 1007



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Jefferson Pereira Fonseca		404-5	2001207666	28 / 01 / 2020	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteossintese de Fíbula Tibial "D"		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		14:20	15:40		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:			
Dr. Vitor		Dr. Helder			
		RES. ANESTESIA:			
		Res. Daniel			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
Res. Marcelo Marques					
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
Res. Marco Brunner		Quonde e Hilma			
Res. Pedro					
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
raque					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
4	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
8	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
2	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
2	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
2	SERINGA 10ML		5	GEOFOAM Eletrodos	
3	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA cateter, O ₂	
			1	OUTROS: Agulha P/ raque	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Louciano e Rebeca	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: <i>Ortopedia</i>		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: <i>Jefferson Pereira Fonseca</i>		IDADE: <i>24</i>	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário <i>2001207666</i>	Data <i>28/01/2020</i>
Bloco: <i>D</i>	Enfermaria: <i>404</i>	Leito: <i>05</i>	Nº da Sala <i>04</i>	Circulante de Sala: <i>Dr. Vande e Hilmo</i>	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: <i>CX. de pequenas fragmentos</i> <i>CX. de pequena cirurgia</i>					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:		Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT		
	PLACA TIBIAL DE CAVA 8 Furos II	01		
	PARAFUSO CORTICAL N 12 II	02		
	PARAFUSO CORTICAL N 14 II	02		
	PARAFUSO ESPIRALADO N: 18 II	02		
	PARAFUSO CORTICAL N. 32 II	01		
	PLACA PIVÔ TIBIAL bloqueado 5 Furos II	01		
	PARAFUSO AUTOMESCANTE N 14 II	01		
	PARAFUSO AUTOMESCANTE N: 34 II	01		
	PARAFUSO AUTO RESCANTE N 36 II	01		
	PARAFUSO AUTO RESCANTE N 40 II	02		
	PARAFUSO AUTO RESCANTE N: 30 II	03		
MÉDICO CIRURGIÃO: <i>Dr. Vitor Monteiro</i>		1º AUXILIAR: <i>Res. Marcelo Marques</i> <i>Res. Marco Brunner</i> <i>Res. Pedro</i>		
INSTRUMENTADOR:				
Empresa ()	Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()		Marca:	

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT
MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: <i>Dr. [Signature]</i>		
INSTRUMENTADOR: _____		

1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA
ID: BL D 404-5
Sex: Male

H

HOSP. GERAL DE RORAIMA
MEMBROS INFERIORES
Study ID: 2001300734113486
Acq.: 30/01/2020
Acq.: 07:35:27.000000

10 cm

R

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 10,64%
Window/Level: 256/128
Lossy comp.
DX (4240x3480)

Series Nb: 1
Laterality: B
TORNOZELO



Data: 18/01/2020

Termo de Consentimento Anestesia: () sim () Não

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Helena Brancaloni
Responsável cirúrgico: _____

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO
☒ Aplica () Não se Aplica ATA I

SÍTIO DEMARCADO

- ☒ Sim () Não () Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUIDA

☒ MONITORAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA Penicilina

- ☒ Não ☒ Sim Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não
() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não
() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data: 11/11/2020 Assinatura: _____

Horas: 12:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesia: 2% Bupivacaína

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E
FUNÇÃO: ☒ Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

(*) REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

(*) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(*) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e
outros estão presentes e dentro da validade de
esterilização (incluindo resultado do indicador). Há
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer
preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- () Não se aplica
() Sim,
Qual: _____

Horas: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim
() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO

- ☒ Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS

- ☒ Sim () Não () Não se Aplicam

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

- () Sim () Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO

- () Sim () Não

(*) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

- ☒ Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

404-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Jefferson Moreira da Silva</i>					
AGNÓSTICO <i>Osteossíte de fêmur + placa</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>28/01/12</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SNO</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>28/01/12</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>SNO</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>28/01/12</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>SNO</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SNO</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>SNO</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>28/01/12</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>SNO</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H <i>500mg</i>				<i>SNO</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>28/01/12</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SNO</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Reduzir</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>curativo</i>
15	<i>Terapias 403 ev 14/12/11</i>				<i>28/01/12</i>
16	<i>benzodiazepina 250 2x 14/12/11</i>				<i>28/01/12</i>
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:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	95/61	87	18	35.9
24 H	128/66	84	21	36.1°C
06 H	137x78	77	20	35.7°C

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06:00
Administrada medicação de
horário conforme prescrição
médica

PS: Paciente retornou do
C.C em 801 de Tenora
fio cirurgião de fratura
de ulna e fêmur.

404-5

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	23/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
 HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA
 DIA 28/1/ TARDE.

REALIZADO

SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

Obs: Paciente no
 C.C.

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		10/01/2020		DN	
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		CLINDAMICINA		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		404-5		DATA 29/01/2020	
ITEM		HORARIO					
1		DIETA ORAL LIVRE					
2		AVP					
3							
4		CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H					
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H					
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN					
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11		CURATIVO DIÁRIO					
12		SSVV + CCGG 6/6H					
13		T. 1000mg EV 12/12h					
14							
15							
16							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REALI

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	9
12 H	130/65	96	19	35,6°
17 H	105/71	102	19	36,5°
24 H	122x80	96	18	36,5°

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

06 135x80 74 - 35,2

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	30/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	ALTA HOSPITALAR				
14					
15					
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE. FO EM BOM ASPECTO, SEM QUIXAS, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, RECEBE ALTA COM ACOMPANHAMENTO PELA ORTOPEDIA.

REATT

SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

4045
PACIENTE Silvanus Pereira da Fonseca 24 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 10/11/20, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de T3 e T4 - Coluna

NO DIA 28/11/20 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura de T3 e T4 - Coluna SENDO
OPERADO PELO DR. Dr. Bruno Figueiredo E DR. Dr. H. M. M. M. M.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/12/20 AS 10:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 10/12/20 AS 7:00, COM O
DR. Dr. Bruno Figueiredo

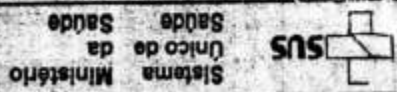
ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Dr. Bruno Figueiredo

BOA VISTA, 10/12/20

MÉDICO



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

8 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO

37 - Nº DO BILHETE

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



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

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jefferson Luvira da Silva	2001207666	10/10/120	

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
OSTEOTOMIA DE FURTO DE TORNADO	INICIO 13:00 FIM 13:40

CIRURGIÃO	ANESTESISTA
Dr. Marcos Bruno	Dr. Daniel
2º AUXILIAR	RES. ANESTESIA
Dr. Marcos Aguiar	
3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE
	EVA / BAHIA, Dando

TIPO DE ANESTESIA	TEMPO DE DURAÇÃO
Razul	Hilma

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		120	FRASCOS-SORO FISIOLOGICO	Seoul
1	PACOTES GAZE			FRASCOS-SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS-SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 15 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº	Atadura de crepom
	SERINGA 01ML				
	SERINGA 03ML				
	SERINGA 05 ML				
	SERINGA 10ML				
	SERINGA 20ML				
1	Ectom		1		

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 3611/0044500
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250
Ref.: 4747/91 Lote: 191001218
Registro ANVISA: 10223710095

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
---	----------------------------	-------

CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS
	Rebeca	
NCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SUB-TOTAL
	EVA / Bahia	
		TAXA DE SALA
		TAXA DE ANESTESIA
		SOMA
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM2	
		LEITO	404-5	DATA	13/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	AVP				SW
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				SW
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				SW
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				SW
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				SW
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SW
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				SW
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SW
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				M
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				M
14					M
15	SOLICITO RX CONTROLE HOJE				
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

Dr. Augustus Lopez Ag
CRM-RR 566

REAII

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	110 x 70	FC 75	FR 14	36°C	
12 H	122 x 72	79	19	36,6°C	
18 H	138 x 84	89	-	36,6°C	
24 H	114 x 70	88	14	36°C	

7 as 13h foi adm
medicação de
horário + SSVV

Ana Maria S. Macedo
Auxiliar de Enfermagem
COREN/RR 000.411.634

13:00 a 19:00

Realizado medicação
de acordo com presc
coo midicg

086 952

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

Data: ____/____/20

Enfermaria:

Leito:

Nome Completo:

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não

() Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não

Qual (is):

Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim

Necessidade de Intérprete? () Sim () Não

Qual idioma:

Possui acompanhante: () Sim () Não

Obs:

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica

() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico

Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia () Sim () Não Qual:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso

Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações:

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen

() Anúria () Oligúria () Cistostomia

() Irrigação contínua: () Outros:

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT

Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial

Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações:

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada

() Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não Região:

Risco de Lesão Sinalizado:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não

Local:

Data:

Trocar em: ____/____/____

Cateter Central: () Sim () Não

Local:

Curativo realizado em:

Trocar em: ____/____/____

Sinais de Infecção no sítio da punção:

() Sim () Não

Dreno de:

Aspecto da secreção:

Quantidade: _____

Curativos:

() Sim () Não

Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada

() Risco de infecção

() Risco de nutrição desequilibrada

() Risco de constipação

() Risco de desequilíbrio do volume

() Volume de líquidos excessivo

() Volume de líquidos deficiente

() Padrão respiratório ineficaz

() Ventilação espontânea prejudicada

() Mobilidade física prejudicada

() Risco de integridade da pele prejudicada

() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal

() Padrão de sono prejudicado

() Déficit no autocuidado para Higiene

() Risco de Lesão por Pressão

() Risco de Quedas

() Risco de Broncoaspiração

() Eliminação urinária prejudicada

() Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

Não

Sim

6. Estado Mental

0 Orientado/limitado/conhece as limitações

25 Superestima capacidade/Esquece limitações

2. Diagnóstico Secundário

Não

Sim

TOTAL:

Risco Baixo: 0 - 24

Risco Médio: 25 - 44

Risco Alto: Maior que 45

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Não

Sim

Sinalização do Risco:

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado

Muleta/Bengala/Andador

Mobiliário Parede

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado

Frac

Comprometida/Cambaleante

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas

() Identificar o risco de queda na placa de identificação

() Auxiliar o paciente na higiene

() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

() Manter cama com rodas travadas

() Necessidade de contenção ao leito

() Manter vigilância de ____ horas.

() Calçado seguro nos pés

() Material de uso pessoal ao alcance da mão

()

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

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

Data: ____/____/20

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (is): _____ Sexo: () F () M

Paciente indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mídicas () Midríatica () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico () Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame físico: Bulhas cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso Ruídos hidroaéreos: () Presente () Ausente Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () Anúria () Oligúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações: _____

Flatos: () Presente () Ausente

() Edema Local: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental	() Manter grades laterais elevadas
Não	0 Orientado/limitado/conhece as limitações	() Identificar o risco de queda na placa de identificação
Sim	25 Superestima capacidade/Esquece limitação	() Auxiliar o paciente na higiene
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:	() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Não	0 Risco Baixo: 0 - 24	() Manter cama com rodas travadas
Sim	15 Risco Médio: 25 - 44	() Necessidade de contenção ao leito
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45	() Manter vigilância de ____/____ horas
Não	0 Sinalização do Risco:	() Calçado seguro nos pés
Sim	20 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	() Material de uso pessoal ao alcance da mão
4. Auxílio na Deambulação	() Risco registrado na placa de identificação leito	
Nenhum/Acamado/Auxiliado		
Muleta/Bengala/Andador		
Mobiliário Parede		
5. Marcha/Deambulação		
Normal/Sem deambulação/Acamado	0	
Fraca	10	
Comprometida/Cambaleante	20	

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

BOLETIM OPERATÓRIO

Jefferson P. do Foz

Data: 10/01/2021

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fx expul T12 (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Fixação externa e T12 (D)

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Vitor Parant

2º AUXILIAR:

Maur A. R.

3º AUXILIAR:

1º AUXILIAR:

Mar B. R.

INSTRUMENTADORA:

ANESTESISTAS:

ANESTESIA:

INÍCIO:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- Pot DSH + anest

2- Limpe + lavagem + co. p. st

3- LMC extra em T12 (D), + sutura, fixação
externa + controle radiológico + curat

4- RPA

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1891



BOLETIM OPERATÓRIO

Jefferson P. de Foz

Data: 10/01/2017

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx expul T12 (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fixador inter e T12 (D)

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Vitor Parant

1º AUXILIAR: Marc R R3

2º AUXILIAR: Marcos A R3

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- PA DSH + anest
- 2- Lmc + lntay + lcp st
- 3- LMC expul e T12 (D), + sistema, fixador
exten + controle radiológico + cost
- 4- RPA

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 1904

Data de Nascimento: 12 / 04 / 95 Idade: 24

Data: 10 / 01 / 2020

$$\frac{\partial \log L}{\partial \theta} = \frac{1}{L} \left(\sum_{i=1}^n x_i - n \right)$$

140004. Adm. i. h. na v. l. a, em p. o. t. - o. t. f. r. a. t. p. o. n. o. j. s. l. o.
D. + f. e. r. a. d. o. r. l. i. b. e. r. a. d. o. d. e. v. l. a. z. e. r. a. d. o. d. o.

José Luciano dos Santos
 DOMENGER 322.112 - ENJE
 02/08/2013



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Jefferson Pereira da Fervea
Responsável Cirurgião

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☐ Procedimento
Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO
☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SITIO DEMARCADO
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

PROXIMIDADE DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☒ Não

☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 10/01/2010 Assinatura R3 Bonile
Hora: 12:45

ANTES DA INCISÃO

Anestesia Dr. Fabiano 1. da. Damelli

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:
☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da
operação e perda sanguínea prevista.

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e
outros estão presentes e dentro da validade de
esterilização (incluindo resultado do indicador). Há
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer
preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica
☐ Sim,
Qual: Hora: :

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
☒ Sim
☐ Não se aplica

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

404-5 OK

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		10/01/2020		DN	
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		404-5		DATA 12/01/2020	
ITEM		HORÁRIO					
1		DIETA ORAL LIVRE					
2		AVP					
3		CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H					
4		CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H					
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H					
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN					
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11		CURATIVO DIÁRIO					
12		SSVV + CCGG 6/6H					
13		TILATIL 20MG EV DE 12/12H					
14							
15							
16							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
 HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

REALI

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CARVALHO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR		
12 H	120x80	86	20	36,5	
18 H	120x70	83	20	36,3	
24 H	124x73	92	-	37,6	

us 23:25 feito AUP gulco 20 MSe.
 06h 120x73
 FC=82
 A=36C
 troca

Dalene Veloso Ferreira
 Téc. em Enfermagem
 COREN-RR 000651077

Dados dos materiais/Serviço

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.horai@gmail.com



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

404-5

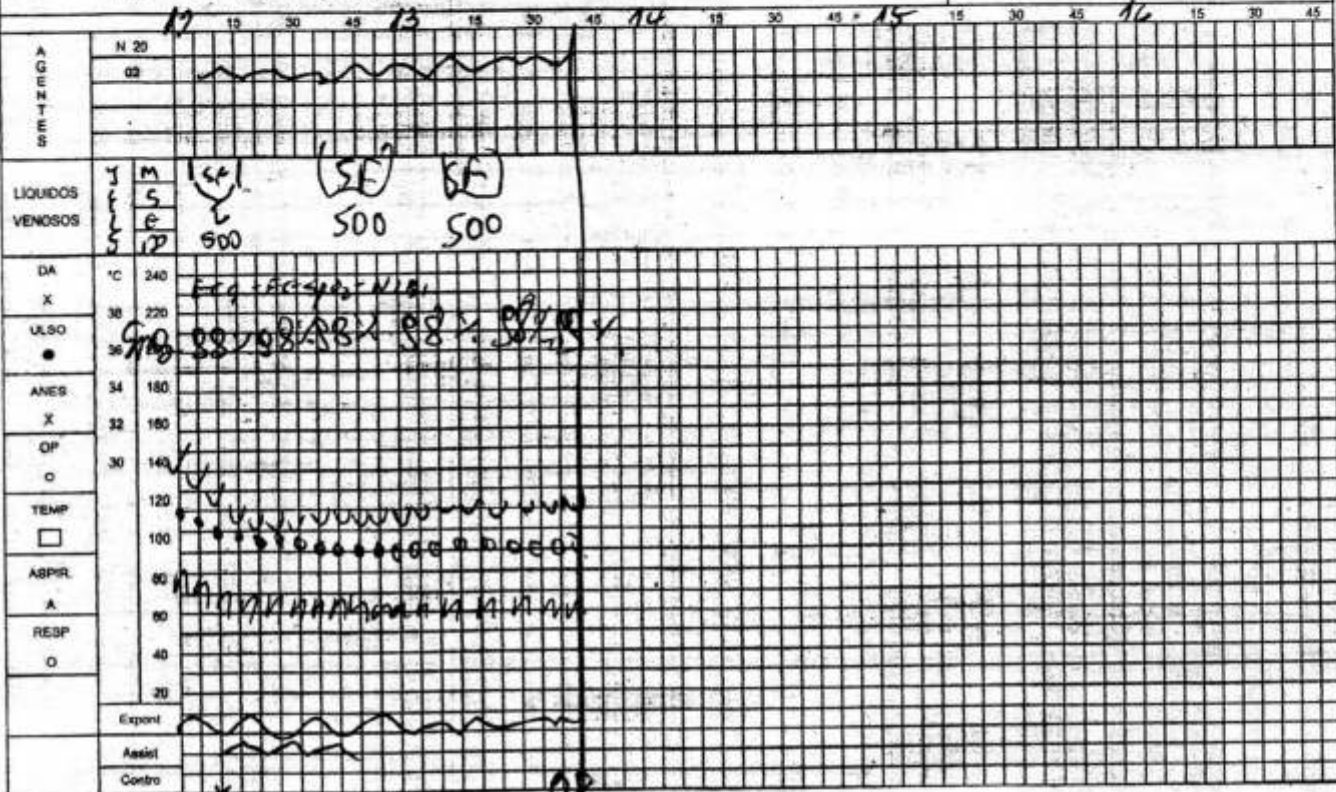
Emergência

FICHA DE ANESTESIA

Jefferson Pereira da Fonseca

Id: 2408

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO	N°
MZ 2,0mg FU 12:05 h FNT 50 mg SATISFATORIO EF IC	10-01-20



SÍMBOLOS	A B A E O A
----------	-------------

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A BUVINAGNA 0,5%	12,5ml	RAQUIMANESTESIA LOMBAR HIPERBARICA SIMPLES VIA ORAL DISSOLUÇÃO NEUTRALIZADA ESPONDA -	X BUCKING ANTES DO DEBIL LOMBA C1 DILUIÇÃO E CAMPO FENESTRADO
B			
C			
D			
E			
F			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Nasal / Oro Faríngea	
NDOO		Nasal / Oro Faríngea - Cega	
SANGUE		Baf - Temp - Calor do Tubo	
5 FU 1,4% 2500 ml		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	2500 ml	TEMPO DE ANESTESIA	
		13:45	
OPERAÇÃO			
FTO anestesias de Extensão de Tempo de Emergência			
ANESTESIA	CÓDIGO	QUIRÚRGICO	PERDA SANGÜÍNEA
Dr. F. F. F. / Dr. M. M. M. / Dr. P. P. P.		Dr. M. M. M.	COMPENSADA

404-5

404-5

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



PREScrição Médica

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: *Jefferson Pereira da Rocha*

DIAGNÓSTICO: *fx de tornozelo*

ALERGIAS: _____ HAS: _____ DM2: _____

IDADE: _____ LEITO: _____ DATA: _____

ITEM	PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N	SND
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	SND
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	SND
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	9h
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SND
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h S/N	
10	<i>clonazepam 600mg EV ou VO 6/6h</i>	<i>18:30h - 12:00h</i>
11	<i>apaploraxo 100mg EV ou VO 6/6h</i>	<i>10:00h</i>
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
20	SSVV + CCGG 6/6 H	
21	CURATIVO DIÁRIO	

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, EM USO DE TRACÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

SINAIS VITAIS	12x80	89	20	36
6-H	PA	FC	FR	9
12 H				
18 H	134/80	119	20	36
24 H	120x60	113	20	37, 32

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obs: Paciente admitido às 14:40 procedente do e.e. em POS de Osteossíntese de fratura de TNZ.

Administrado medicação das 18hs em
Verificado SSVV. Teó Roraima
Coneu 1584.31

Franciele Alencar Rodrigues
Enfermeira
COREN/RR - 353.432

404-5



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	11/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12/18/24/06
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08/20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				12/18/24/06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				08
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				Rotina
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12/24
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

REATT

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	124/75	87	—	36,3°C	
18 H	137/88	126	—	36,1°C	
24 H	120/68	100	—	37,6°C	

07 as 19 > administrado medicação aferido sinais vitais.
11/01/2020
06h PA = 110x85 P=91 T°=36°C



Data: ____/____/20

Enfermaria:

Leito:

Nome Completo:

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (is): Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Interpretar? () Sim () Não Qual idioma:

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

SISTEMA NEUROLÓGICO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico () Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso
Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente
Alterações:

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () Anúria () Oligúria () Cistostomia
() Irrigação contínua () Outras:

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT
Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia
Alterações:
Flatos: () Presente () Ausente
() Edema Local: Risco de Lesão Sinalizado:

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normopcorada () Ictérica () Anictérica
Lesão por pressão: () Sim () Não Região:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: ____ Data: ____ Trocar em: ____
Cateter Central: () Sim () Não Local: ____ Curativo realizado em: ____ Trocar em: ____
Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não
Dreno de: ____ Aspecto da secreção: ____ Quantidade: ____
Curativos: () Sim () Não Local: ____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Lesão por Pressão
() Risco de Infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração
() Risco de glicemia instável () Risco de integridade da pele prejudicada () Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Risco de constipação
() Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado () Comunicação deficiente
() Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para Higiene

Escala de Morse

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

1. Histórico de Queda

Não

Sim

6. Estado Mental

Orientado/limitado/conhece as limitações

Superestima capacidade/Esquece limitação

TOTAL:

Risco Baixo: 0 - 24

Risco Médio: 25 - 44

Risco Alto: Maior que 45

Sinalização do Risco:

() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem

() Risco registrado na placa de identificação leito

Registro Geral:

2. Diagnóstico Secundário

Não

Sim

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Não

Sim

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado

Muleta/Bengala/Andador

Mobiliário Parede

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado

Frac

Comprometida/Cambaleante

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____



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

Data: ____/____/20 Enfermaria: Leito:

Nome Completo: DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (s): Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma:

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico
() Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia () Sim () Não Qual:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
() Pulso Chelo () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso
Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações:

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen
() Anúria () Oligúria () Cistostomia
() Irrigação contínua () Outros:

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT
Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial
Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações:

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada
() Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não Região:

() Edema Local: Risco de Lesão Sinalizado:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: Data: Trocar em:

Cateter Central: () Sim () Não Local: Curativo realizado em:

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade:

Curativos: () Sim () Não Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração
() Risco de constipação	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental	() Manter grades laterais elevadas
Não	0 Orientado/limitado/conhece as limitações	() Identificar o risco de queda na placa de identificação
Sim	25 Superestima capacidade/Esquece limitação	() Auxiliar o paciente na higiene
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:	() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Não	0 Risco Baixo: 0 - 24	() Manter cama com rodas travadas
Sim	15 Risco Médio: 25 - 44	() Necessidade de contenção ao leito
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45	() Manter vigilância de ____ horas.
Não	0 Sinalização do Risco:	() Calçado seguro nos pés
Sim	20 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	() Material de uso pessoal ao alcance da mão
4. Auxílio na Deambulação	() Risco registrado na placa de identificação leito	()
Nenhum/Acamado/Auxiliado		
Muleta/Bengala/Andador		
Mobiliário Parede		
5. Marcha/Deambulação		
Normal/Sem deambulação/Acamado	0	
Fraca	10	
Comprometida/Cambaleante	20	

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

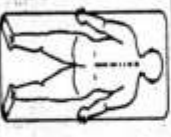
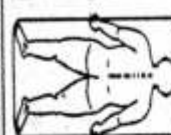
Paciente:

T Jefferson Pereira Fomela

Leito:

484-5

Data: *12/01/2020*

Localização	 		Região: <u>MID</u>	 	Região: _____
Etiologia	Grau: I () II (☒) () LPP I II III IV ?* () Queimadura (☒) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ☒ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____		Grau: I () II () () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (☒) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ (☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		
Pele Perilesional	() Purulento (☒) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____		
Tipo de Exsudato	() Molhado (☒) Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70% (☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase (☒) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		() Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		
Quantidade de Exsudato	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h		
Solução de Limpeza	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h		
Cobertura primária	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h		
Troca	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<i>Fernanda de Almeida</i> Técnica de Enfermagem CRP 123456789		<i>Rosângela Miguel Pereira</i> Técnica de Enfermagem CRP 987654321		
Observações:	_____ _____ _____				

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

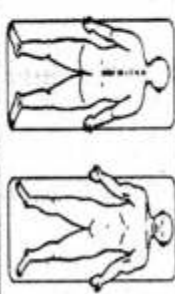
Atualizada: 12/2018

Paciente:

Leito: 404-8

Sederson Ferreira Fonseca

Data: 13/01/2020

Localização		Região: <u>mb</u>		Região: <u>mb</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u> </u>	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u> </u>	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u> </u>	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u> </u>
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácio () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros <u> </u>	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácio () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros <u> </u>	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácio () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros <u> </u>	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácio () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros <u> </u>
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: <u> </u>	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: <u> </u>	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: <u> </u>	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: <u> </u>
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: <u> </u>	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: <u> </u>	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: <u> </u>	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: <u> </u>
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-PA 79541E	Renata Silva Rodrigues Técnica em Enfermagem COREN-PA 415272-AE	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-PA 79541E	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-PA 79541E
Observações:				



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

HER
Hospital Geral
de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	14/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	AVP				monte
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12.18.24.06
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08.20.06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				12.18.24.06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				jeito
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12.24
14					
15	SOLICITO RX CONTROLE HOJE				
16					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D

Carlos Augusto da Rosa
CRM-RR 1964

REALI

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CÁVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	127/84	141	-	36,1°C	
18 H	120x70	104	20	36,1°C	
24 H	120x80	106	-	36,1°C	



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

Data: ____/____/20__

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não

() Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não

Qual(is): _____

Sexo: () F () M

Paciente indígena: () Não () Sim

Necessidade de intérprete? () Sim () Não

Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não

Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

SISTEMA NEUROLÓGICO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mioticas () Midríaticas
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico
() Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso
Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente
Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIRESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen.
() Anúria () Oligúria () Cistostomia
() Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT
Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial
Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia
Alterações: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada
() Normocorada () Ictérica () Anictérica
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____() Edema Local: _____
Risco de Lesão Sinalizador: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____
Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____
Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de Infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental	() Manter grades laterais elevadas
Não	0 Orientado/limitado/conhece as limitações	() Identificar o risco de queda na placa de identificação
Sim	25 Superestima capacidade/Esquece limitação	() Auxiliar o paciente na higiene
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL	() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Não	0 Risco Baixo: 0 - 24	() Manter cama com rodas travadas
Sim	15 Risco Médio: 25 - 44	() Necessidade de contenção no leito
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45	() Manter vigilância de ____ horas
Não	0 Sinalização do Risco:	() Calçado seguro nos pés
Sim	() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	() Material de uso pessoal ao alcance da mão
4. Auxílio na Deambulação	() Risco registrado na placa de identificação leito	
Nenhum/Acamado/Auxiliado		
Muleta/Bengala/Andador		
Mobilizador Parede		
5. Marcha/Deambulação		
Normal/Sem deambulação/Acamado		
Fraca		
Comprometida/Cambaleante		

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

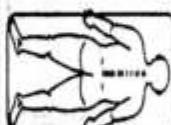
Atualizada: 12/2018

Paciente:

Leito:

Jefferson Pereira

Data: *15/01/2020*

Localização	 	Região: <u>MTD</u> Grau: I () II (X) <u>3</u>	 	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u>Tração</u> <u>D</u> Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <u>D</u> Fixador Externo () Ortopedia () Outro:		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____		
Pele Perilesional	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____		
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura primária	(X) Gaze (X) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<i>Thelene Moreira</i> Enfermeira COREN/RR 453.554	<i>Eniliana do N. Silva</i> Enfermeira COREN/RR 453.554		
Observações:	<i>clara de Paiva Loureiro</i> Enfermeira COREN/RR 487.054 - TE			

404-5

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				 HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		10/01/2020		DN	
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		404-5		DATA 16/01/2020	
ITEM		HORÁRIO					
1		DIETA ORAL LIVRE					
2		AVP					
3		CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H					
4		CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H					
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN					
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN					
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11		CURATIVO DIÁRIO					
12		SSVV + CCGG 6/6H					
13							
14							
15							
16							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR		
12 H	128x79	79	—	36,9	
18 H	140x80	107	—	36,5	
24 H	140x87	101	18	36,8C	
06 H	128x83	89	18	36,9C	

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Jefferson Pereira FONSECA

Data: 16/01/2020

Leito:

404-5

Localização	 	Região: <u>MI D</u>	 	Região: <u>MI D</u>
Etiologia	Grau: I () II (x) <u>2</u> () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u> </u>			
Aparência do Leito	(x) Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (x) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros <u> </u> () Normal () Macerado () seca (x) Eritema / Rubor () Outro: <u> </u>			
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (x) Serosanguíneo () Seco () Outro: <u> </u>			
Tipo de Exsudato	() Molhado (x) Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Cobertura primária	(x) Gaze () Colagenase/Fibrinase (x) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>AGE</u>			
Troca	() 12/12 (x) Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Moraes <u>Renata Silva Rodrigues</u> <u>Adonildes Pereira Araújo</u> Técnica de Enfermagem <u>Renata Silva Rodrigues</u> <u>Adonildes Pereira Araújo</u> COREN-RR 965.152-15 <u>COREN-RR 507.765-15</u>			
Observações:	<u> </u> <u> </u> <u> </u>			

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Agnes Pereira Gomes

Leito: 404.3

Data: 17/01/2020

Localização			Região: <u>MSD</u>		Região: <u>MSD</u>
Etiologia	☐ LP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: <u> </u>		Grau: I (<u> </u>) II (<u> </u>)	☐ LP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: <u> </u>	Grau: I (<u> </u>) II (<u> </u>)
Aparência do Leito	☒ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros <u> </u>			☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros <u> </u>	
Pele Perilesional	☐ Normal ☒ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: <u> </u>			☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: <u> </u>	
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: <u> </u>			☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☒ Seco ☐ Outro: <u> </u>	
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco			☐ Molhado ☐ Úmido ☒ Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%			☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	
Cobertura primária	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: <u> </u>			☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: <u> </u>	
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h			☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<i>Juliana Maria Reis</i> Enfermeira CRP 45362			<i>Guacilene</i> Enfermeira CRP 45362	<i>Are</i>
Observações:					

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE****RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC**Eu Jefferson Rener da Faria CPF nº _____

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 retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

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

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

6.) Confirmando 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, 17 de 01 de 20 20.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

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

Confirmando 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: _____

CRM _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

HGR

Hospital Geral
de Roraima

DATA DE ADMISSÃO	DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	404-5	DATA	17/01/2020
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5:00
2	AVP			manh
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H			12:18
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H			18:20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN			SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			08
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN			
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	CURATIVO DIÁRIO			M
12	SSVV + CCGG 6/6H			20h
13	AO HC			
14				
15				
16				
SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REAÇÃO	120/66	84	36,7	
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	9
12 H	140/87	92	—	36,0
18 H	140/90	102	—	36,0
24 H	134/67	97	—	37,1

DR AUGUSTO CAVALCANTE
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 1984



Keena
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

404-5

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Jefferson Pereira de Faria CPF nº _____

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 retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 17 de 01 de 2020.

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ 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/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

404-5

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		*HAS	DM2		
IDADE		LEITO	404-5	DATA	18/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5w
2	AVP				manter
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 18 24 06
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08 20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				} SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				Estativa Rotina
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	AO HC				
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR-EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC
COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/TARDE.

REALI

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR		
12 H	114/65	88	19	36,10	
18 H	113/65	95	20	36,0	
24 H	108/69	93	-	36,3	

07h as 19h * Paciente sem queixas, administrado
medicação Rot. Verificado SSVV, Aux. me
com: 705252

Paciente orientado, administrado medicação
horário segue as unidades de aferição

Marciano Pereira da Silva
Médico de Emergência
CRM-RR 441.069 AE

404.5



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	19/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				Manter
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 (10) (14) (16)
4	GIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08 20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X-AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				Retirar/curativo
12	SSVV + CCGG 6/6H				Retirar
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REALI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TAX
12 H	122/77	94	21	36.2
18 H	126/72	86	19	36.8
24 H	130/72	77	18	36.4

Dr. Marcos Aguiar
 Médico
 CRM-PA 1998

06/11 134/80 74 20 36.8

Obs: Apresenta reação alérgica após item (03).

Reação alérgica a clindamicina?

Ray 349965.



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

Data: 19/10/2020

Enfermaria: 404

Leito: 03

Nome Completo: Jefferson Pereira Figueira

DN: 1/1/1

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não

Alergia: () Sim () Não

Qual (is):

Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim

Necessidade de intérprete? () Sim () Não

Qual idioma:

Possui acompanhante: () Sim () Não

Obs:

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico () Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia () Sim () Não

Qual:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações:

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () Anúria () Oligúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Outros:

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não

Região:

Risco de Lesão Sinalizado:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não

Local:

Cateter Central: () Sim () Não

Local:

Data:

Trocar em:

Sinais de Infecção no sítio da punção:

() Sim () Não

Curativo realizado em:

Trocar em:

Dreno de:

Aspecto da secreção:

Quantidade:

Curativos:

() Sim () Não

Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada
() Risco de infecção
() Risco de nutrição desequilibrada
() Risco de glicemia instável
() Risco de desequilíbrio do volume
() Volume de líquidos excessivo
() Volume de líquidos deficiente

() Padrão respiratório ineficaz
() Ventilação espontânea prejudicada
() Mobilidade física prejudicada
() Risco de integridade da pele prejudicada
() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
() Padrão de sono prejudicado
() Déficit no autocuidado para Higiene

() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de Quedas
() Risco de Broncoaspiração
() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de constipação
() Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

Não

Sim

6. Estado Mental

0 Orientado/limitado/conhece as limitações

25 Superestima capacidade/Esquece limitação

TOTAL:

Risco Baixo: 0 - 24

Risco Médio: 25 - 44

Risco Alto: Maior que 45

Sinalização do Risco:

() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem

() Risco registrado na placa de identificação leito

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas

() Identificar o risco de queda na placa de identificação

() Auxiliar o paciente na higiene

() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

() Manter cama com rodas travadas

() Necessidade de contenção ao leito

() Manter vigilância de / horas

() Calçado seguro nos pés

() Material de uso pessoal ao alcance da mão

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Não

Sim

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado

Muleta/Bengala/Andador

Mobiliário Parede

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado

Fraca

Comprometida/Cambaleante

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo:

404-S M

Alegria e Lindemir

Dr. Francisco Júnior
Médico
CRM-RR 1880GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	20/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5 M
2	AVP				manhã
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12h
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06h
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				Retina
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40-ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR-EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REA 06h PA 115x74 P: 72 T: 36,3°C

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	112x76	102	-	36,3	
18 H	113x77	98	-	37,2	
24 H	111x76	87	-	37,2	

A 18h Cinesista mudando os pontos Compressores Placardomê,
Analisado pelo Dr. Francisco JúniorEnfermeira
COREN/RR - 187277

* *item 3*

2104-5



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFPERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS					
IDADE	HAS	DM2			
LEITO	404-5	DATA	21/01/2020		
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H <i>*Referência</i>				
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFQ 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMÓCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

*SSVV 06H
PA 770/70
FC 80
T 36,2*

REA II

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	116 x 75	88	18	36,2°C
18 H	120/68	89	18	36,4°C
24 H	120/70	80	18	36,3°C

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

Data: ____/____/20

Enfermaria:

Leito:

Nome Completo:

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (is): Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma:

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Afebril () Febril () Hipertérmico
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração
Oxigenoterapia () Sim () Não Qual:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
() Pulso Chelo () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso
Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente
Alterações:

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen
() Anúria () Oligúria () Cistostomia
() Irrigação contínua: () Outros:

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada
() Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não Região:

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT
Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia
Alterações:
Flatos: () Presente () Ausente
() Edema Local: Risco de Lesão Sinalizado:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: Data: Trocar em: ____/____/____

Cateter Central: () Sim () Não Local: Curativo realizado em: Trocar em: ____/____/____

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade: ____

Curativos: () Sim () Não Local: ____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração
() Risco de constipação	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental
Não 0	Orientado/limitado/conhece as limitações 0
Sim 25	Superestima capacidade/Esquece limitação 15
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:
Não 0	Risco Baixo: 0 - 24
Sim 15	Risco Médio: 25 - 44
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45
Não 0	Sinalização do Risco:
Sim 20	() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem
4. Auxílio na Deambulação	() Risco registrado na placa de identificação leito
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	
Muleta/Bengala/Andador 15	
Mobiliário Parede 30	
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado 0	
Fraça 10	
Comprometida/Cambaleante 20	

Prescrição de Cuidados para Prevenção de Quedas

() Manter grades laterais elevadas
() Identificar o risco de queda na placa de identificação
() Auxiliar o paciente na higiene
() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
() Manter cama com rodas travadas
() Necessidade de contenção ao leito
() Manter vigilância de ____ horas.
() Calçado seguro nos pés
() Material de uso pessoal ao alcance da mão
()

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____





GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

HGR
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO

DIH

10/01/2020

DN

PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

404-5

DATA

22/01/2020

ITEM

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

CLINDAMICINA 600MG EV-OU VO DE 6/6H

4

CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H

5

DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN

6

OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA

7

PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

8

TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN

9

SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

10

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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSVV + CCGG 6/6H

13

14

15

16

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

HORÁRIO

5:00

manh

08:20

16:00

18:00

SN

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

24:00

25:00

26:00

27:00

28:00

29:00

30:00

31:00

32:00

33:00

34:00

35:00

36:00

37:00

38:00

39:00

40:00

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO. D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REALI

SINAIS VITAIS

6 H

PA

FC

FR

T

12 H

122x74

90

20

36,4

17:30 H

140/80

88

19

36,2

24 H

120x70

70

18

36,1

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

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Jefferson

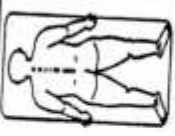
Pereira Fonseca

Leito:

404.5

Data:

22/01/2020

Localização		Região: <u>MID</u>		Região: <u>pe-Vento</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tracão</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (<u>X</u>)	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (<u>X</u>) Trauma : <u>Tracão</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (<u>X</u>)
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (<u>X</u>) Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (<u>X</u>) Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Molhado () Úmido () Seco	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (<u>X</u>) Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (<u>X</u>) Serossanguíneo () Seco () Outro:
Tipo de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (<u>X</u>) Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (<u>X</u>) Serossanguíneo () Seco () Outro:
Solução de Limpeza	(<u>X</u>) Soro Fisiológico 0,9% (<u>X</u>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(<u>X</u>) Soro Fisiológico 0,9% (<u>X</u>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(<u>X</u>) Soro Fisiológico 0,9% (<u>X</u>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(<u>X</u>) Soro Fisiológico 0,9% (<u>X</u>) Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(<u>X</u>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(<u>X</u>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(<u>X</u>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(<u>X</u>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12	(<u>X</u>) Diário () 48/48h	() 12/12	(<u>X</u>) Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonilda Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	Vanessa da Silva Moraes Técnica em Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE	Adonilda Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	Vanessa da Silva Moraes Técnica em Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE
Observações:				



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

Data: ____/____/20

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (s): _____ Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual Idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

SISTEMA NEUROLÓGICO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica () Afebril () Febril () Hipertérmico
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração
Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso
Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente
Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen
() Anúria () Oligúria () Cistostomia
() Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT
Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada
() Normocorada () Ictérica () Anictérica
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

Alterações: _____

Fatos: () Presente () Ausente

() Edema Local: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____
Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	
Não	0
Sim	20
4. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	10
Comprometida/Cambaleante	20

6. Estado Mental	
Orientado/limitado/conhece as limitações	0
Superestima capacidade/Esquece limitação	15
TOTAL:	
Risco Baixo: 0 - 24	
Risco Médio: 25 - 44	
Risco Alto: Maior que 45	
Sinalização do Risco:	
() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	
() Risco registrado na placa de identificação leito	

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas
() Identificar o risco de queda na placa de identificação
() Auxiliar o paciente na higiene
() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
() Manter cama com rodas travadas
() Necessidade de contenção ao leito
() Manter vigilância de ____/____ horas
() Calçado seguro nos pés
() Material de uso pessoal ao alcance do paciente

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

2104-5T



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		10/01/2020	DN
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA			
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO			
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	23/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				monte
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08:30
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				17h30
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				08:30
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
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				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				10:00
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC
COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

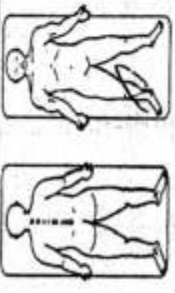
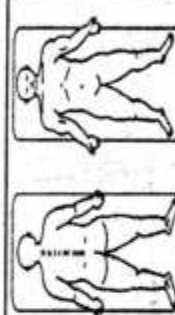
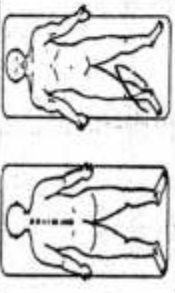
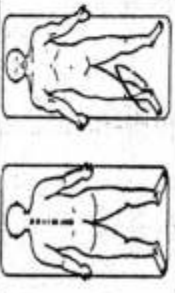
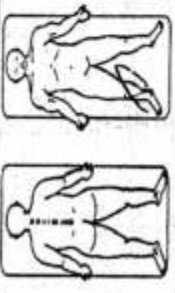
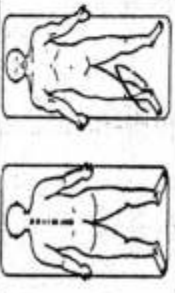
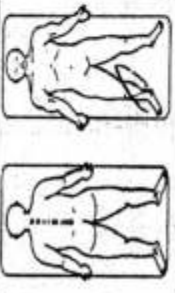
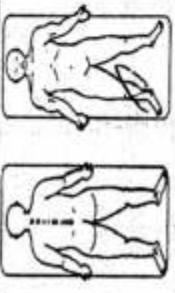
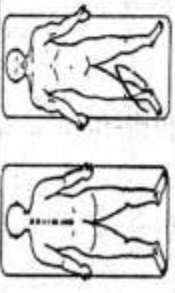
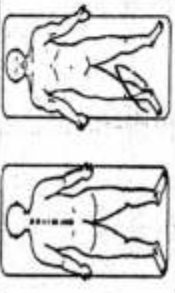
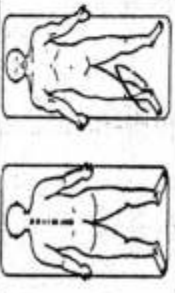
REALIZ

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
12 H	130x80	75	20	36,8°C	
18 H	134/96	84	20	36,6°C	
24 H	113/80	87	20	36,4°C	
06	100/65	79	20	36,5°C	

As 17h pac refere dor
Administrado o item (5) com
Téc. Rosário

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas – HGR	Paciente: JEFFERSON PEREIRA Leito: 404-5			
			Data: 23/01/2020		

Localização		Região: MID Grau: I () II ()		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Lucilene Moreira COREN-RR 453.554 Auxiliar de Enfermagem	Beatrice Sônia Cortes COREN-RR 453.554 Auxiliar de Enfermagem		() 12/12 () Diário () 48/48h
Observações:	_____ _____ _____			



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

Data: ____/____/20__

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não

Qual(is): _____

Alergia: () Sim () Não

Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim

Necessidade de Intérprete? () Sim () Não

Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não

Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

() Consciente () Orientado

() Desorientado () Agitado

SISTEMA NEURÓLOGO

() Não Reage () Alterações: _____

() Fotorreagente () Mióticas

() Midríatica

() Afebril

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Febril () Hipertérmico

() Isocóricas () Anisocóricas

() Não reagentes

() Alterações: _____

() Eupneico () Bradipneico

() Taquipneico

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Dispneico () Ar ambiente

() Traqueostomia () Aspiração

Oxygenoterapia () Sim () Não

Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico

() Taquicárdico

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Pulso Cheio () Filiforme

() Arritmico

() Normotenso () Distendido () Globoso

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____

Pulso: _____

Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fraída

() Uropen

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() Anúria () Oligúria

() Cistostomia

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT

() Irrigação contínua () Outros: _____

Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial

Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações: _____

Flatos: () Presente () Ausente

() Edema Local: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

() Hidratada () Desidratada

() Ressecada

() Normocorada () Ictérica

() Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não

Região: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não

Local: _____

Data: _____

Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não

Local: _____

Curativo realizado em: _____

Trocar em: _____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Aspecto da secreção: _____

Quantidade: _____

Dreno de: _____

Curativos: () Sim () Não

Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada

() Padrão respiratório ineficaz

() Risco de Lesão por Pressão

() Risco de infecção

() Ventilação espontânea prejudicada

() Risco de Quedas

() Risco de nutrição desequilibrada

() Mobilidade física prejudicada

() Risco de Broncoaspiração

() Risco de glicemia instável

() Risco de Integridade da pele prejudicada

() Eliminação urinária prejudicada

() Risco de desequilíbrio do volume

() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal

() Risco de constipação

() Volume de líquidos excessivo

() Padrão de sono prejudicado

() Comunicação deficiente

() Volume de líquidos deficiente

() Déficit no autocuidado para Higiene

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

Não

Sim

6. Estado Mental

0 Orientado/limitado/conhece as limitações

25 Superestima capacidade/Esquece limitação

TOTAL:

0 Risco Baixo: 0 - 24

15 Risco Médio: 25 - 44

Risco Alto: Maior que 45

Sinalização do Risco:

() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem

() Risco registrado na placa de identificação leito

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas

() Identificar o risco de queda na placa de identificação

() Auxiliar o paciente na higiene

() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

() Manter cama com rodas travadas

() Necessidade de contenção ao leito

() Manter vigilância de ____ horas

() Calçado seguro nos pés

() Material de uso pessoal ao alcance da mão

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR

Hospital Geral
de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	24/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				manh
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08:20
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				14:30 SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				08
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				rotina
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO; ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. PACIENTE TRANSFERIDO AO HC
COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REALI

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	137/82	108	19	36,0	
18 H	110x70	88	19	36,2	
24 H	121x79	63	18	36,0	

06/131x71 | 81 | 16 | 36,0

Gesso - Colado crânio
daquele.24/01/2020, administrado medicação, aferido sinais
vital, realizado coleta de sangue e urina
para laboratório



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

Data: ____/____/20 ____ Enfermaria: ____ Leito: ____

Nome Completo: _____ DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (is): _____ Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Afebril () Febril () Hipertérmico

() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen

() Anúria () Oligúria () Cistostomia

() Irrigação contínua () Outros: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada

() Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____ Risco de Lesão Sinalizado: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso

Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT

Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial

Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações: _____

Flatos: () Presente () Ausente

() Edema Local: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: ____/____/____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Lesão por Pressão

() Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas

() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração

() Risco de constipação () Risco de integridade da pele prejudicada () Eliminação urinária prejudicada

() Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Comunicação deficiente

() Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado

() Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para Higiene

Escala de Morse

1. Histórico de Queda 6. Estado Mental

Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações 0 () Manter grades laterais elevadas

Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação 15 () Identificar o risco de queda na placa de identificação

2. Diagnóstico Secundário TOTAL: _____

Não 0 Risco Baixo: 0 - 24 () Auxiliar o paciente na higiene

Sim 15 Risco Médio: 25 - 44 () Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Risco Alto: Maior que 45 () Manter cama com rodas travadas

Não 0 Sinalização do Risco: _____ () Necessidade de contenção ao leito

Sim 20 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem () Manter vigilância de ____/____ horas.

4. Auxílio na Deambulação () Risco registrado na placa de identificação leito () Calçado seguro nos pés

Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 () Material de uso pessoal ao alcance da mão

Muleta/Bengala/Andador 15

Mobiliário Parede 30

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado 0

Fraca 10

Comprometida/Cambaleante 20

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

404-5



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	25/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SVD manhã 08:20 SV 06 SV m Paciente
2	AVP				
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE, 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO. D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

REALI

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	136/93	89	26,3°C	
18 H	136/77	98		36°C
24 H	120/78	94		36,7°C

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

06:00 T 36.5 85 130/79

Protocollo n° 1

Tratamento de Feridas -

HGR

Versão:08

Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
--------------------	---------------------

Paciente: Jefferson Pereira Fonseca

Leito: 404-5

Data: 25/01/12

Localização	Região: MID	Região: MID
Etiologia	Grau: I () II (x) 2 ☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	Grau: I () II (x) 2 ☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco
Solução de Limpeza	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermeira COREN/RR 965 152 TE	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermeira COREN/RR 965 152 TE
Observações:	Renata	Renata

404-5

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
	PRESCRIÇÃO MÉDICA		

12/01/2020

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	26/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				infusão
3					
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				28
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				Rotina
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS:

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
 HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA
 DIA 28/1/TARDE.

22h - novo AVP com boa infusão MSD G=20.
 Aceita bem o tratamento, sem queixas, Realizado
 medicações cfm

Dr. Ilderson P. Silva
 Médico
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 1733 RQE 676

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	131/78	92	19	36°C
18 H	105/81	106	-	37,3°C
24 H	113/89	91	22	36,6°C

Boa noite e funcionamento

As 8:30 Trocado gesso venoso e adminis-
 trado medicação e Verificado SSV

Teó Rosendo
 Médico do Trabalho
 CRM-RR 158.431-TE

Tratamento de Feridas –

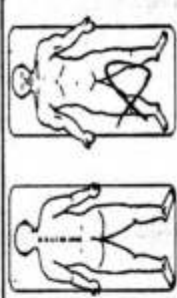
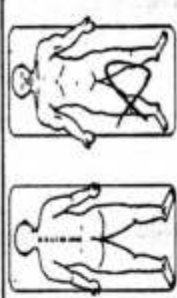
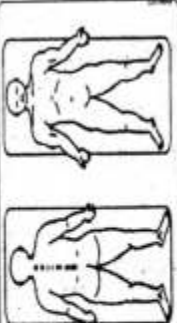
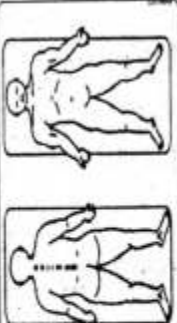
Paciente: JEFFERSON DEERKA

Data: 26 / 01 / 2020

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Localização	 	Região: <u>MID</u>	 	Região: _____
Etiologia	☐ LPP I ☐ II ☐ III ☐ IV * ☐ Queimadura () ☐ Cirurgia () ☐ DM () ☐ Vascular ☐ Trauma : ☒ Tração ☒ Fixador Externo () ☐ ortopedia ☐ Outro: _____	Grau: I ☒ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI ☐ VII ☐ VIII ☐ IX ☐ X ☐ XI ☐ XII ☐ XIII ☐ XIV ☐ XV ☐ XVI ☐ XVII ☐ XVIII ☐ XIX ☐ XX ☐ XXI ☐ XXII ☐ XXIII ☐ XXIV ☐ XXV ☐ XXVI ☐ XXVII ☐ XXVIII ☐ XXIX ☐ XXX ☐ XXXI ☐ XXXII ☐ XXXIII ☐ XXXIV ☐ XXXV ☐ XXXVI ☐ XXXVII ☐ XXXVIII ☐ XXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI ☐ LVII ☐ LVIII ☐ LIX ☐ LX ☐ LXI ☐ LXII ☐ LXIII ☐ LXIV ☐ LXV ☐ LXVI ☐ LXVII ☐ LXVIII ☐ LXIX ☐ LXX ☐ LXXI ☐ LXXII ☐ LXXIII ☐ LXXIV ☐ LXXV ☐ LXXVI ☐ LXXVII ☐ LXXVIII ☐ LXXIX ☐ LXXX ☐ LXXXI ☐ LXXXII ☐ LXXXIII ☐ LXXXIV ☐ LXXXV ☐ LXXXVI ☐ LXXXVII ☐ LXXXVIII ☐ LXXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI ☐ LVII ☐ LVIII ☐ LIX ☐ LX ☐ LXI ☐ LXII ☐ LXIII ☐ LXIV ☐ LXV ☐ LXVI ☐ LXVII ☐ LXVIII ☐ LXIX ☐ LXX ☐ LXXI ☐ LXXII ☐ LXXIII ☐ LXXIV ☐ LXXV ☐ LXXVI ☐ LXXVII ☐ LXXVIII ☐ LXXIX ☐ LXXX ☐ LXXXI ☐ LXXXII ☐ LXXXIII ☐ LXXXIV ☐ LXXXV ☐ LXXXVI ☐ LXXXVII ☐ LXXXVIII ☐ LXXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI ☐ LVII ☐ LVIII ☐ LIX ☐ LX ☐ LXI ☐ LXII ☐ LXIII ☐ LXIV ☐ LXV ☐ LXVI ☐ LXVII ☐ LXVIII ☐ LXIX ☐ LXX ☐ LXXI ☐ LXXII ☐ LXXIII ☐ LXXIV ☐ LXXV ☐ LXXVI ☐ LXXVII ☐ LXXVIII ☐ LXXIX ☐ LXXX ☐ LXXXI ☐ LXXXII ☐ LXXXIII ☐ LXXXIV ☐ LXXXV ☐ LXXXVI ☐ LXXXVII ☐ LXXXVIII ☐ LXXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI ☐ LVII ☐ LVIII ☐ LIX ☐ LX ☐ LXI ☐ LXII ☐ LXIII ☐ LXIV ☐ LXV ☐ LXVI ☐ LXVII ☐ LXVIII ☐ LXIX ☐ LXX ☐ LXXI ☐ LXXII ☐ LXXIII ☐ LXXIV ☐ LXXV ☐ LXXVI ☐ LXXVII ☐ LXXVIII ☐ LXXIX ☐ LXXX ☐ LXXXI ☐ LXXXII ☐ LXXXIII ☐ LXXXIV ☐ LXXXV ☐ LXXXVI ☐ LXXXVII ☐ LXXXVIII ☐ LXXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI ☐ LVII ☐ LVIII ☐ LIX ☐ LX ☐ LXI ☐ LXII ☐ LXIII ☐ LXIV ☐ LXV ☐ LXVI ☐ LXVII ☐ LXVIII ☐ LXIX ☐ LXX ☐ LXXI ☐ LXXII ☐ LXXIII ☐ LXXIV ☐ LXXV ☐ LXXVI ☐ LXXVII ☐ LXXVIII ☐ LXXIX ☐ LXXX ☐ LXXXI ☐ LXXXII ☐ LXXXIII ☐ LXXXIV ☐ LXXXV ☐ LXXXVI ☐ LXXXVII ☐ LXXXVIII ☐ LXXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI ☐ LVII ☐ LVIII ☐ LIX ☐ LX ☐ LXI ☐ LXII ☐ LXIII ☐ LXIV ☐ LXV ☐ LXVI ☐ LXVII ☐ LXVIII ☐ LXIX ☐ LXX ☐ LXXI ☐ LXXII ☐ LXXIII ☐ LXXIV ☐ LXXV ☐ LXXVI ☐ LXXVII ☐ LXXVIII ☐ LXXIX ☐ LXXX ☐ LXXXI ☐ LXXXII ☐ LXXXIII ☐ LXXXIV ☐ LXXXV ☐ LXXXVI ☐ LXXXVII ☐ LXXXVIII ☐ LXXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI ☐ LVII ☐ LVIII ☐ LIX ☐ LX ☐ LXI ☐ LXII ☐ LXIII ☐ LXIV ☐ LXV ☐ LXVI ☐ LXVII ☐ LXVIII ☐ LXIX ☐ LXX ☐ LXXI ☐ LXXII ☐ LXXIII ☐ LXXIV ☐ LXXV ☐ LXXVI ☐ LXXVII ☐ LXXVIII ☐ LXXIX ☐ LXXX ☐ LXXXI ☐ LXXXII ☐ LXXXIII ☐ LXXXIV ☐ LXXXV ☐ LXXXVI ☐ LXXXVII ☐ LXXXVIII ☐ LXXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI ☐ LVII ☐ LVIII ☐ LIX ☐ LX ☐ LXI ☐ LXII ☐ LXIII ☐ LXIV ☐ LXV ☐ LXVI ☐ LXVII ☐ LXVIII ☐ LXIX ☐ LXX ☐ LXXI ☐ LXXII ☐ LXXIII ☐ LXXIV ☐ LXXV ☐ LXXVI ☐ LXXVII ☐ LXXVIII ☐ LXXIX ☐ LXXX ☐ LXXXI ☐ LXXXII ☐ LXXXIII ☐ LXXXIV ☐ LXXXV ☐ LXXXVI ☐ LXXXVII ☐ LXXXVIII ☐ LXXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI		



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

Data: ____/____/20

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (is): _____ Sexo: () F () M

Paciente indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico () Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Pulso Chelo () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () Anúria () Oligúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT Aceltação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

() Edema Local: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: ____/____/____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| () Deglutição Prejudicada | () Padrão respiratório Ineficaz | () Risco de Lesão por Pressão |
| () Risco de Infecção | () Ventilação espontânea prejudicada | () Risco de Quedas |
| () Risco de nutrição desequilibrada | () Mobilidade física prejudicada | () Risco de Broncoaspiração |
| () Risco de constipação | () Risco de Integridade da pele prejudicada | () Eliminação urinária prejudicada |
| () Risco de desequilíbrio do volume | () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | () Comunicação deficiente |
| () Volume de líquidos excessivo | () Padrão de sono prejudicado | |
| () Volume de líquidos deficiente | () Déficit no autocuidado para Higiene | |

Escala de Morse

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental	() Manter grades laterais elevadas
Não	0 Orientado/limitado/conhece as limitações	() Identificar o risco de queda na placa de identificação
Sim	25 Superestima capacidade/Esquece limitação	() Auxiliar o paciente na higiene
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:	() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Não	0 Risco Baixo: 0 - 24	() Manter cama com rodas travadas
Sim	15 Risco Médio: 25 - 44	() Necessidade de contenção ao leito
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45	() Manter vigilância de ____/____ horas
Não	0 Sinalização do Risco:	() Calçado seguro nos pés
Sim	20 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	() Material de uso pessoal ao alcance da mão
4. Auxílio na Deambulação	() Risco registrado na placa de identificação leito	()
Nenhum/Acamado/Auxiliado		
Muleta/Bengala/Andador		
Mobiliário Parede		
5. Marcha/Deambulação		
Normal/Sem deambulação/Acamado	0	
Fraca	10	
Comprometida/Cambaleante	20	

Registro Geral: _____

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-5	DATA	27/01/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				mon
3					08:20
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				SN
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				06:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				06:00
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML; GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-AR 566

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bdo. E.
Novo Friburgo
Al. 1000-1000
27-1-2020

REA II

SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	111 X 60	94	-	
18 H	110 X 70	81	-	
24 H	112 X 75	112	-	

27/01/2020 administradas medicamentas aferido sinais vitais
07:00 13 vitais
06 h PM 100/62
P 103
T 36,2
Paciente em repouso administradas medicamentas aferido sinais vitais.

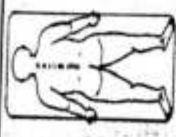
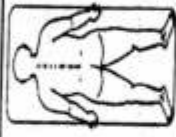
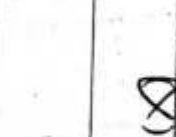
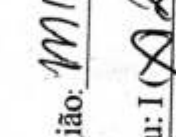
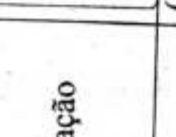
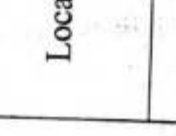


Jefferson Pereira da Silva
Médico de Ortopedia e Traumatologia
CRM-AR 05942

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <u>JEFFERSON PEREIRA</u> Leito: <u>404-5</u>				

Data: 27/01/2020

Localização		Região: <u>MID</u> Grau: I (☒) II (☒)		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	(☒) Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (☒) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	(☒) Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (☒) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento (☒) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento (☒) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado (☒) Úmido () Seco	() Molhado (☒) Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(☒) Gaze (☒) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	(☒) Gaze (☒) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>MÔNICA</u>	<u>Emiliana do M. Silva</u> <u>Bruno S. Pereira</u> <u>Adriano de Lima</u> <u>COLETA 618.356</u>		() 12/12 () Diário () 48/48h
Observações:	_____ _____ _____			

404-5

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA									
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN				
PACIENTE <i>Jefferson Pereira da Fonseca</i> AGNÓSTICO <i>ONCOSSINASE 7x 72x 72x 72x</i> ALERGIAS <i>HAS</i> NEGA <i>DM2</i> NEGA IDADE <i>28/01/20</i> LEITO <i>28/01/20</i>									
ITEM	PRESCRIÇÃO							HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE							SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							SND	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N							SND	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H							SND	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA							SND	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA							SND	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4							SND	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h							SND	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N							SND	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H							SND	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H							SND	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							SND	
13	SSVV + CCGG 6/6 H							SND	
14	CURATIVO DIÁRIO							SND	
15	<i>Terapias 40z ev 1x/12h</i>							SND	
16	<i>Gentamicina 240z ev 1x/12h</i>							SND	
17									
18									
19									
20									
21									

Dr. *Marcelo R. R. R.*
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM 10.100

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:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	95/61	87	18	35.5
24 H	128/66	84	21	36.1°C
06 H	137x78	77	20	35.7°C

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*Obs: Paciente retornou do
 C.C. em 805 de Tenora
 fixa curvatura de fratura
 de pilas tibial.*

06:00

Administrada medicação de
 horários conforme prescrição
 médica

CRM 10.100

BB
 COORDENADOR DE SERVIÇOS

404-5

	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
	PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN		
PACIENTE	JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA					
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO					
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2		
IDADE		LEITO	404-5	DATA	28/01/2020	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	AVP					
3						
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN					
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN					
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11	CURATIVO DIÁRIO					
12	SSVV + CCGG 6/6H					
13						
14						
15						
16						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%-40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA
DIA 28/1/ TARDE.

Dr. Augusto Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RQE 678

REA II

SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

OBS: Pauta no
C.C.

Francisco de Assis
CRM-RR 15342 - ENE

404-5

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				 HGR Hospital Geral de Roraima
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2020	DN		
PACIENTE		JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA				
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO				
ALERGIAS	CLINDAMICINA	HAS		DM2		
IDADE		LEITO	404-5	DATA	28/01/2020	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	AVP					
3						
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN					
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN					
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11	CURATIVO DIÁRIO					
12	SSVV + CCGG 6/6H					
13						
14						
15						
16						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO D. CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 28/1/ TARDE.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RQE 678

REALI

SINAIS VITAIS				DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Jeaneira Pereira da Fonseca, M, 24a

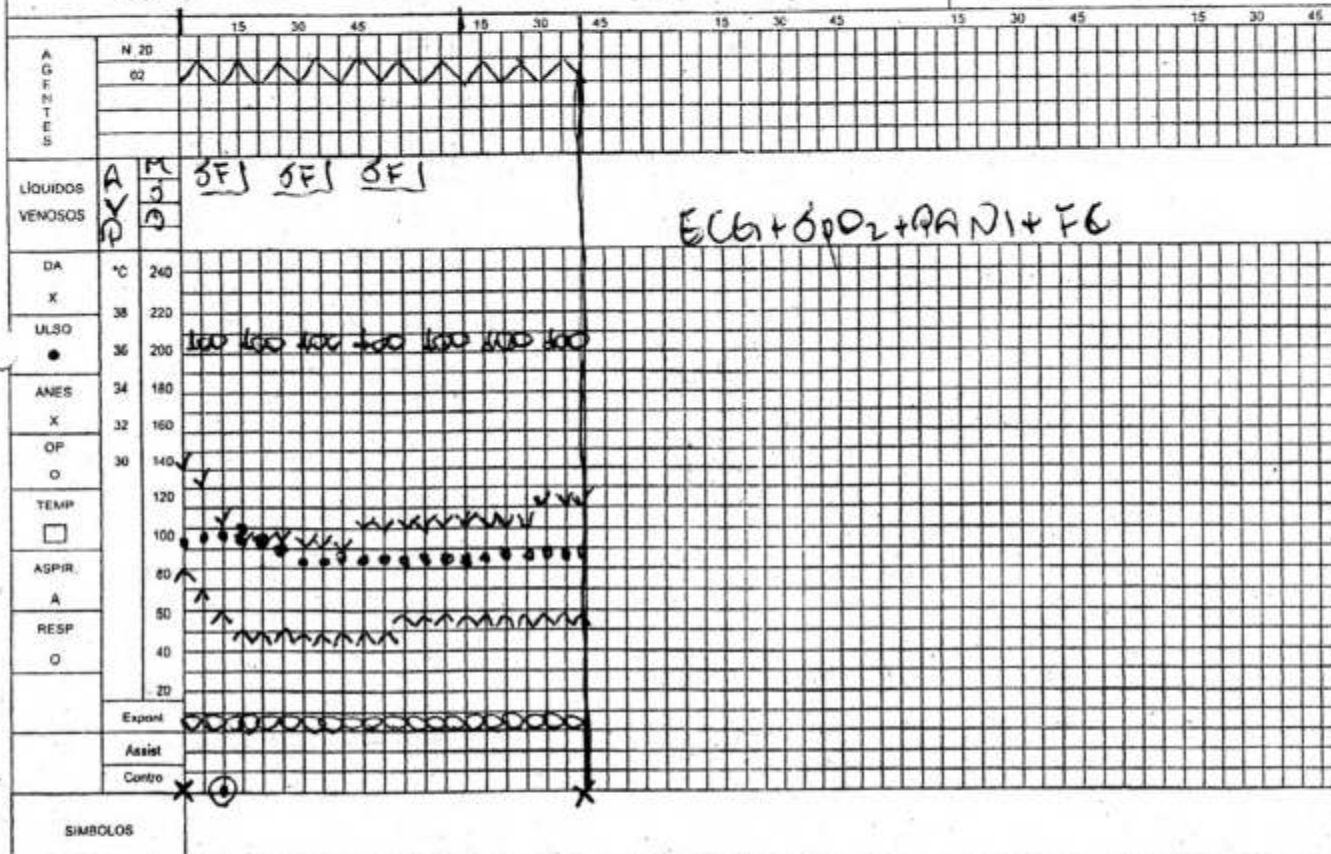
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

13:50

15:00

28 06 2020



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
10mg/kg de fentanil	hiper	balanço anestésico	X - Check + monitorização
20 mg		hipotensão e sedação	1 - Fentanil 50 µg IV
Midazolam 5 mg		cabeça ventilação	2 - Midazolam 2,5 mg IV
Fentanil 100 µg		placenta	3 - Sufentado
E			4 - Anestesia SA/LB - LU/aseptica /
F			Quineche 26/LCB ⊕
G			5 - Ag. A, via SA
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Orofaringea	6 - DDA
NDCO		Naso / Orofaringea - Cega	7 - etífraxana 1g IV
SANGUE	SF 1500 ml	Bal - Tamp - Calibra do Tubo	8 - etio propeno 100 mg IV
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL			
OPERAÇÃO	Tratamento cirúrgico de fratura de pilão tibial		Lanargo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "flucking" - Vômito Hemorragia - Antena Bradi Taquicardia - Choque

ANESTESIA: Dr. Helder CÓDIGO: Dr. Vitor M. PERDA SANGÜÍNEA: 300 ml

Dr. Daniel Helder Bernardino MEDICO CRM-RR 1712 Dr. Bruno 3. Oximetria 10 mg IV

Helder



SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Felipe de Souza de Sousa

Data de Nasc: 12/04/1985 Idade: 24 a

Sector/Leito: 404-5

Data: 28/01/20

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA			
Cirurgia Proposta: <u>Real. Pilonal da tíbia</u>				Entrada na Sala				Anestesia			
1. Informações: Jejum ☒ Sim () Não Prétese ☐ Sim () Não Exames ☒ Sim () Não Reserva UTI ☐ Sim () Não Lateralidade ☒ Sim () Não PNE ☐ Sim () Não Alergia ☒ Sim () Não Qual: <u>claudicação</u> Reserva de Hemoderivado: ☐ Sim ☒ Não Outros: _____				13:25 14:05 14:20 15:40				Localização <u>Cost. fratura</u> <u>pilonal tíbia</u>			
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: ☐ Deambulando ☒ Consciente ☐ Com Suporte de O2 ☐ TOT ☐ Agitado				Cirurgia Realizada <u>Cost. fratura</u> <u>pilonal tíbia</u>				Posicionamento <u>Donal</u>			
3. Sinais Vitais: T: _____ °C R: _____ rpm FC: <u>112</u> bpm PA: <u>90/60</u> mmHg SAT: <u>98</u> % ☒ Regular () Irregular				Antibiótico/terapia Nome: <u>ceftriaxona</u> Dose: <u>1g.</u> Hora: <u>14</u>				CH: Plasma: <u>/</u> Plaquetas: <u>/</u>			
4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Real. cateter na</u> <u>veia</u> <u>seeb P1 Sts</u> <u>exame P. us</u> <u>Sob o</u> <u>cat. de</u> <u>veia</u>				Nº de Compressas oferecidas: <u>15</u>				Antônio Patológico: ☐ Não ☐ Sim Nº Peças: _____ ☐ Cultura ☐ Outros: _____			
Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT () Não () Sim N° _____ 12. SVD () Não () Sim N° _____ 13. Outros: _____				Exames na SO: ☐ Ht () Hb () Hemograma () RX ☐ Gasometria () Outros: _____				Localização <u>Cost. fratura</u> <u>pilonal tíbia</u>			
Sinais Vitais: Saída da SO T: <u>36.8</u> °C PA: <u>114/62</u> mmHg ☒ Regular () Irregular				FC: <u>93</u> bpm				Horário <u>0'</u>			
Destino: (x) SRPA () UTI () outros: _____				Entrada				Sinais Vitais			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)				Balanco Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)				FC PA SPO2 ALDR-TE DOR			
15:50h. Admitida na sala, em por ost. fratura. Não foi				Medi CH SNG/ Dreno/Qual Hora SVD/Aspecto Dreno/Qual Outros				Observações:			
sub anest. raque. Em uso de curativo em f.o + O2 sob cts.								2h			
foi nasal liberado da via, acordado.											

José Luciano dos Santos
COREN-PR 382.112 - ENF
Enfermeiro



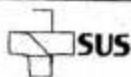
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

24º

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Jefferson Pereira Fonseca		404-5	2001207666	28 / 01 / 2020	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteossíntese de Fíbula Tibial D'		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		14:20	15:40		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Dr. Vitor	ANESTESISTA:		Dr. Helder	
1º AUXILIAR	Res. Marcelo Marques	RES. ANESTESIA:		Res. Daniel	
2º AUXILIAR	Res. Marco Brunner Res. Pedro	CIRCULANTE		Ovande e Hilma	
TIPO DE ANESTESIA: Raque		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS.COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
4	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
8	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
2	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
2	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
2	SERINGA 10ML		5	GEOFOAM Eletrodos	
3	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA cateter O2	
			1	OUTROS: Agulha P/ raque	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A) *	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Rouaiano e Rebeco	SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



BOLETIM OPERÁRIO

Data:

7801, 20

O.S. _____

Jefferson Pereira
na femora

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fx de torn + placa (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Trt cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO:

osteossíntese fx torn + placa (D)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

0

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

CIRURGIÃO:

Dr. Bruno F. F. Santos

2º AUXILIAR:

Dr. Marcelo

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

Dr. Helder

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

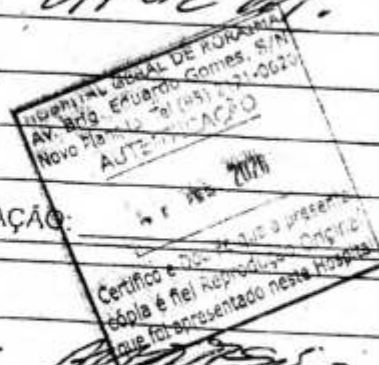
INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em DMH sob analgesia.
- (2) Antissepsia + assépsia + lavagem de campo.
- (3) incisão lateral em torn. (D).
- (4) redução + fixação de placa 1/3 com 6 parafusos.
- (5) incisão anterior ulnar, redução + fix. de placa modular na mão.
- (6) lmc + revisão hemostática.
- (7) SUTURA + CURATIVO

Dr. Marcos Brunner
Traumato-Ortopedia
CRM 191735encaminhado:
Dr. Victor e
Dr. BrunoDr. Marcos Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 191735

ESTADO DE RORAIMA

AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: <i>Ortopedia</i>		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: <i>Jefferson Pereira Fonseca</i>		IDADE: <i>24</i>	SEXO: F () M ☒	Nº do Prontuário <i>2001207666</i>	Data <i>28/01/2020</i>
Bloco: <i>D</i>	Enfermaria: <i>404</i>	Leito: <i>05</i>	Nº da Sala <i>04</i>	Circulante de Sala: <i>Duonde e Hilmo</i>	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: <i>Cx. de pequenas fragmentos</i> <i>Cx. de pequena cirurgia</i>					
Dados dos materiais/Serviço					

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM		QUANT
	PLACA TERÇO DE CIMA 8 Furos		01
	PANAFUSO CORTICAL N° 12		02
	PANAFUSO CORTICAL N° 14		02
	PANAFUSO ESPALHADO N° 18		02
	PANAFUSO CORTICAL N° 32		01
	PLACA PLATO TIBIAL BLOQUEADO 5 Furos		01
	PANAFUSO AUTOMOSQUEANTE N° 14		01
	PANAFUSO AUTOMOSQUEANTE N° 34		01
	PANAFUSO AUTO MOSQUEANTE N° 36		01
	PANAFUSO AUTO MOSQUEANTE N° 40		02
	PANAFUSO AUTO MOSQUEANTE N° 30		03

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Vitor Montenegro 1º AUXILIAR: Reg. Marcelo Maracão

INSTRUMENTADOR:		Res. Marco Brunner Res. Pedro	
Empresa ()	Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()	Marca:	

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____
INSTRUMENTADOR: _____
VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE _____



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

Nome Helena Pereira da Silva
Responsável cirúrgico

Anestesta Helena Benedita

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
- ☒ Sítio Cirúrgico
- ☒ Procedimento
- ☒ Consentimento

RISCO CIRÚRGICO
Aplica () Não se Aplica ASA II

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
☒ CONCLUÍDA

MONITORAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA Chiclete, leite
☒ Não ☒ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☒ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não ☒ Sim, e acesso/condensso adequado e planejamento para fluidos

Data: 18/01/2020 Assinatura: [assinatura]

Hora: 12:00

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E
FUNÇÃO: ☒ Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
- ☒ Sítio cirúrgico
- ☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

(*) REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

(*) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(*) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e
outros estão presentes e dentro da validade de
esterilização (incluindo resultado do indicador). Há
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer
preocupações.

A PERFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- () Não se aplica
- () Sim, Qual:

Hora: 12:00

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO ☒ Sim () Não

- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS ☒ Sim () Não () Não se Aplicam

- 3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
() Sim () Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO ☒ Sim ☒ Não

(*) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☒ Sim () Não () Não se Aplica

Rebeca M. [assinatura]
Enfermeira
Assinatura e Carimbo



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Jefferson Pereira da Fonseca 24 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 10/01/20, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de TVE e plav. t. l. distal
NO DIA 28/01/20, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteotomia de TVE e plav. t. l. distal SENDO
OPERADO PELO DR. Bruno Figueiredo E DR. Vitor Montenegro
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 30/01/20 ÀS 10 horas EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 10/02/20 ÀS 7 horas COM O
DR. Bruno Figueiredo

ORIENTAÇÕES GERAIS :



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

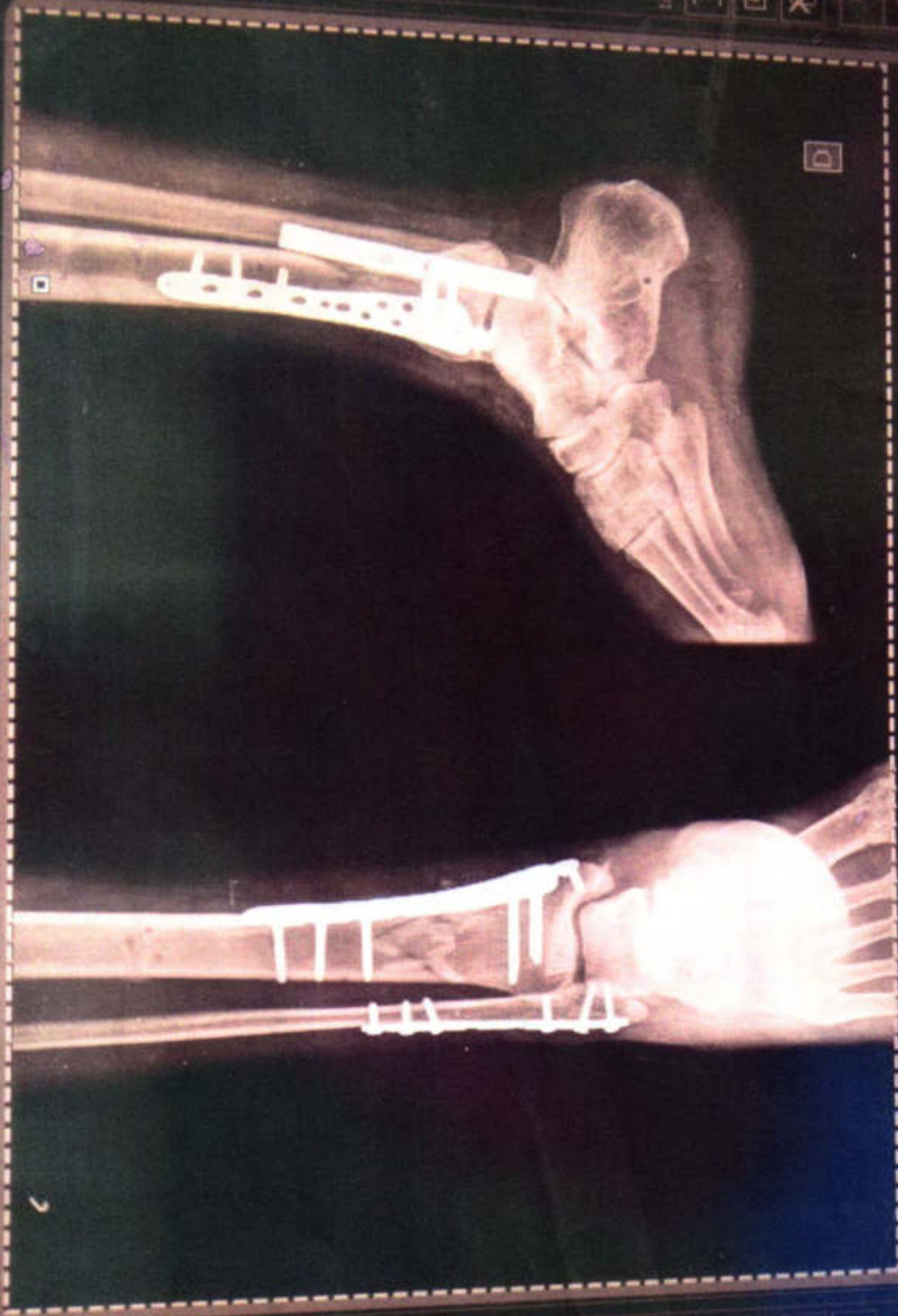
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. [Assinatura]

30/01/20

BOA VISTA, / /



MÉDICO



30/1/2020 07:35:27

40,3 1

BL D 4045

JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Navigation and processing controls including icons for zoom, pan, and image manipulation.

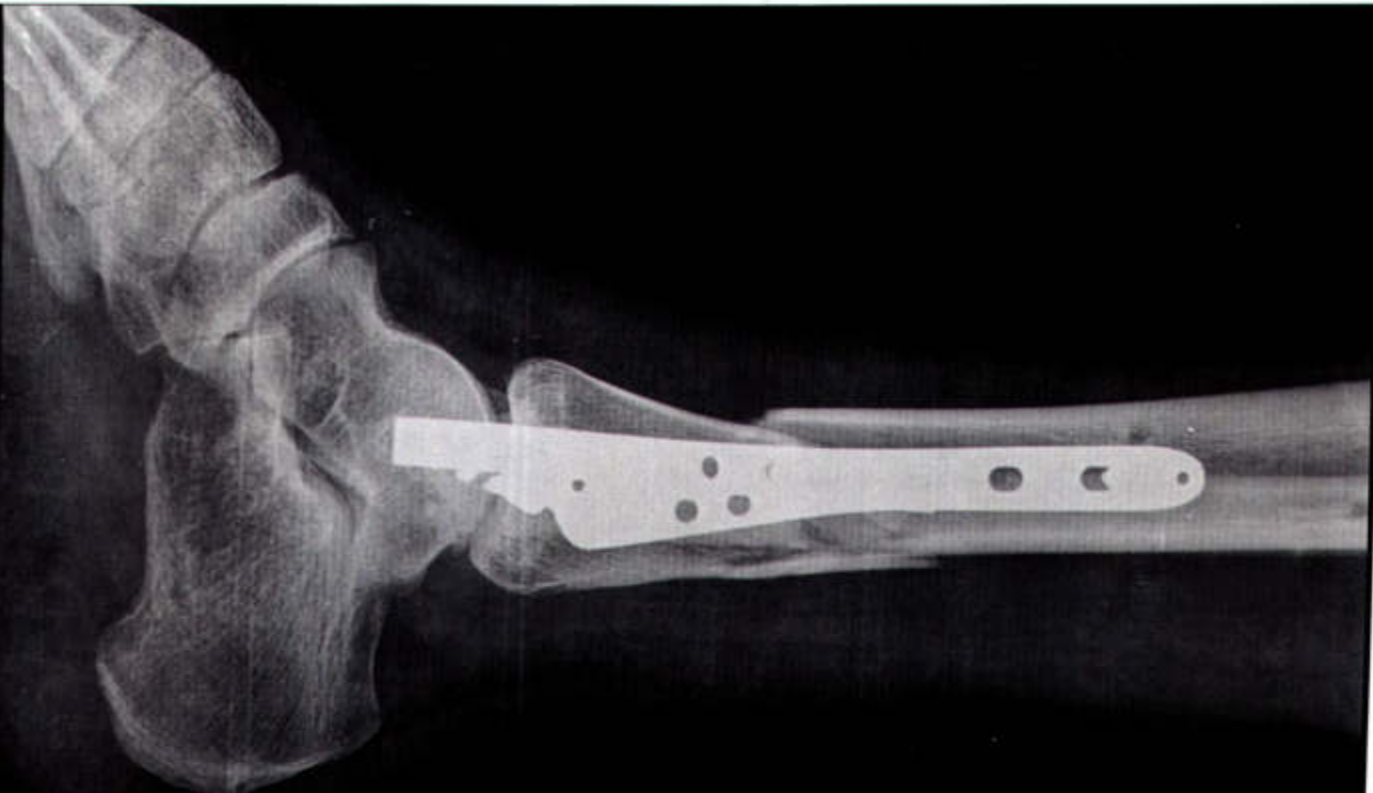
Inverter-Modar :

Zoom :

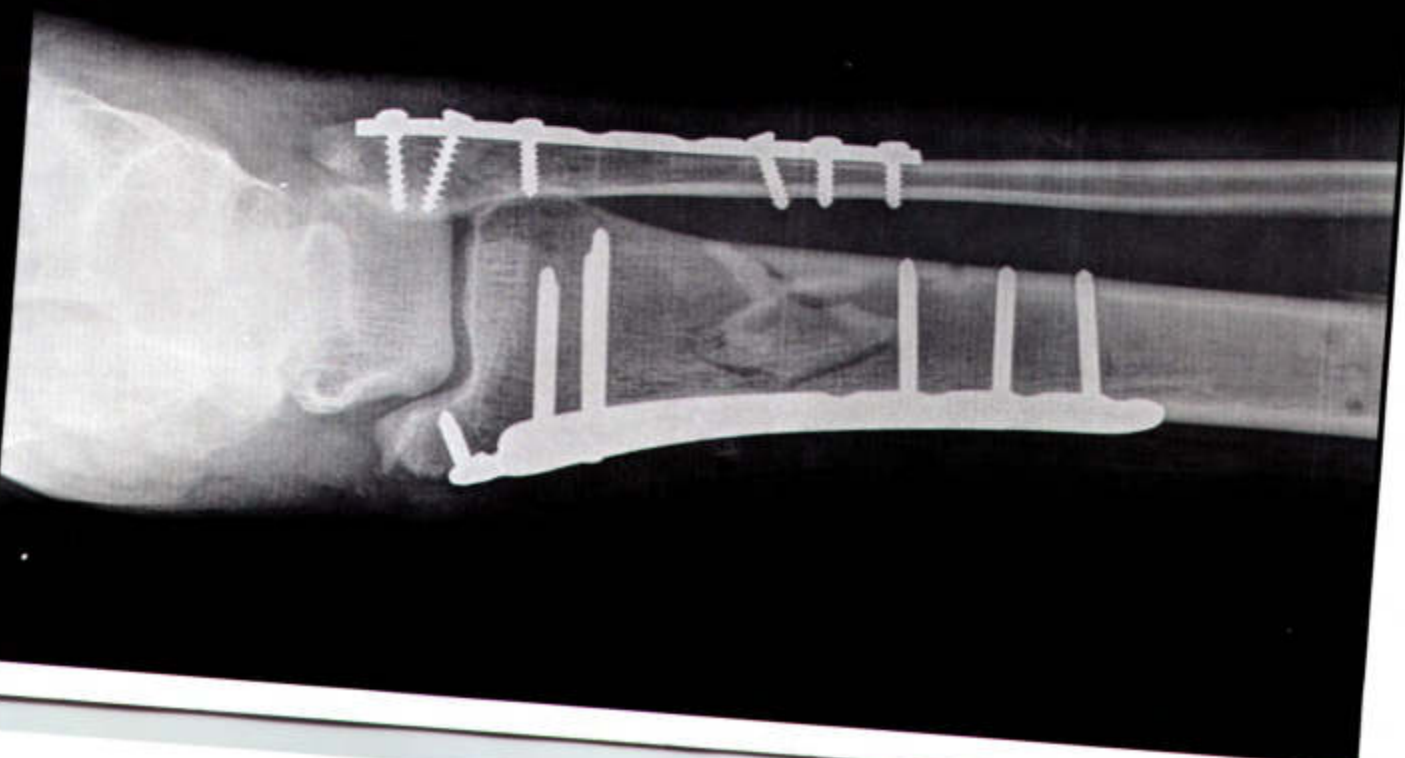
Process. imagem :

Additional navigation and processing controls, including a 'Respinar' button and various directional icons.

Respinar



D



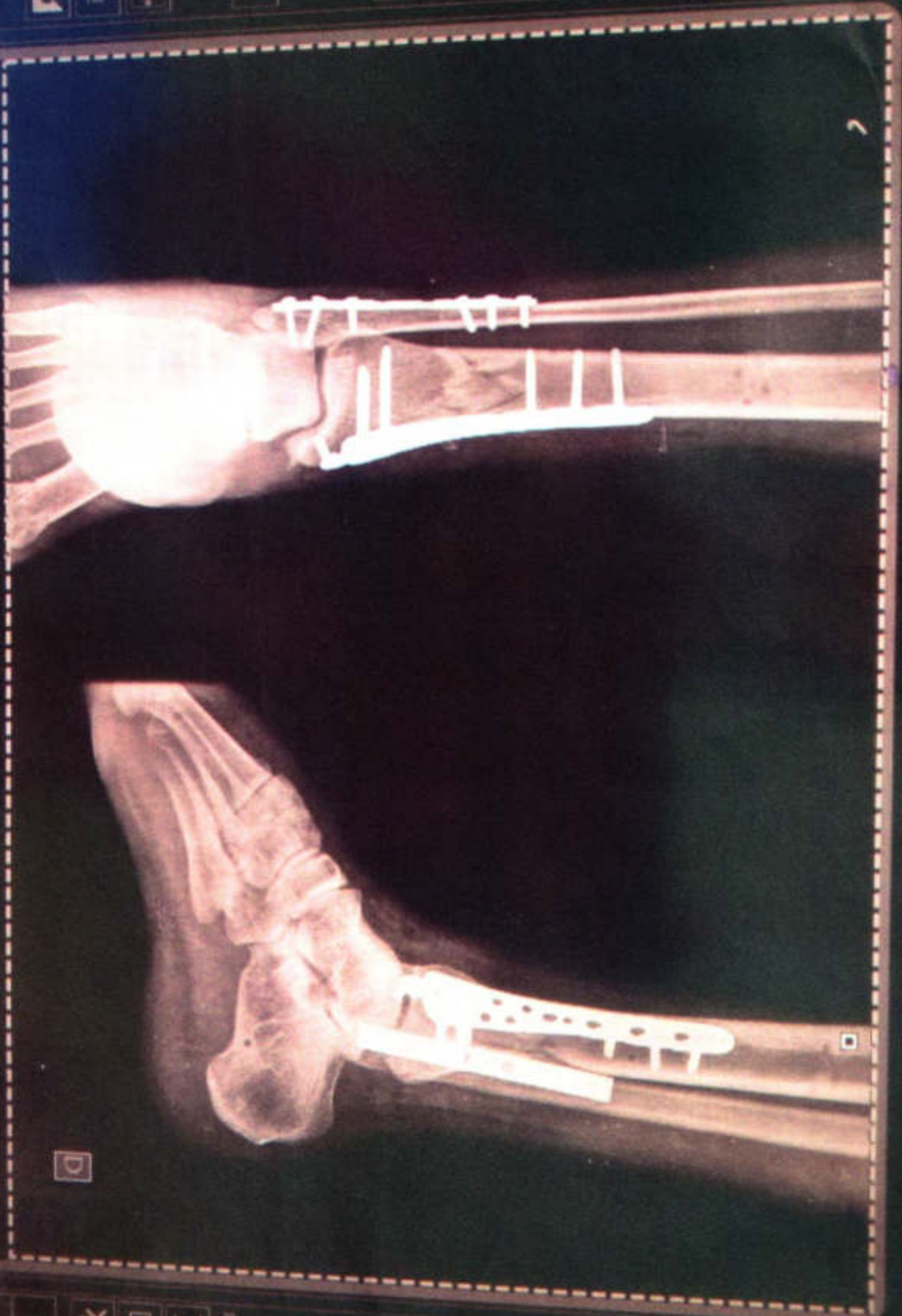
JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA 1458

HOSPITAL CORONEL MOTA

07/02/2020

Fabiola Castro

70.8 %



JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BL D 4045

30/1/2020 07:55:27

40.3 %

Medical software interface with various toolbars. Top toolbar includes icons for zooming (magnifying glass, hand), panning (four arrows), and other navigation tools. Middle toolbar includes icons for image manipulation (rotate, flip, crop) and a 'Process image' button. Bottom toolbar includes icons for window management (multiple windows, single window) and a 'Zoom' button. The interface is dark-themed with light-colored icons.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

Perito Papiloscópico do Polícia Civil
Direção de Ident.

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA CRIM

Polégar Direito

Jefferson Pereira Fonseca

PELODE CIDADE

PROTESTO
RORAIMA
326105-4

JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

ILSON RODRIGUES DA FONSECA
JOSILENE FIGUEIREDO PEREIRA

BOA VISTA - RR

DOC. CIVIL
CERTO NASC 82.637 FLS 189 LIV A-121
BOA VISTA-RR

967.343.292-91 AMADEU ROCHA TRIANI
2 VIA

LEI Nº 7.18/E 28/06/83

12/07/2016

DATA DE NASCIMENTO
12/04/1995

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200271866 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA **Data do acidente:** 10/01/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 4/19/49/52/66/72/117/122.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0213512/20

Vítima: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

CPF: 967.343.292-91

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 10/01/2020

Titular do CPF: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA : 967.343.292-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/07/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Jefferson Pereira da Fonseca
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: 366143-4
CPF: 967.393.292-91 ENDEREÇO: R. Murilo Cidade 1523
BAIRRO: Silvânia CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.314-348

VITIMA: Jefferson Pereira da Fonseca
CPF: 967.393.292-91 DATA DO ACIDENTE:
NATUREZA: () DÁMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Frazão
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Lavoura Moura

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista RR, 09 de julho de 2020

x Jefferson Pereira da Fonseca
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0213512/20

Vítima: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

CPF: 967.343.292-91

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 10/01/2020

Titular do CPF: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA : 967.343.292-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/07/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200271866

Vítima: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

Data do Acidente: 10/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200271866

Vítima: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

Data do Acidente: 10/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000013447-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF de vítima: 4 - Nome completo da vítima

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo da Instituição Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não autografado 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

Fls: 1

Visto:

Boa Vista, 21 de julho de 2020
[Assinatura]
Assinatura

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00020727/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/07/2020 16:25:32 Data/Hora Fim: 21/07/2020 16:25:32

Delegado de Polícia: Simone Amada do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 10/01/2020 10:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Mecejana

Logradouro: R. Dalício Faria, bairro: Mecejana/Boa Vista - RR, com a Rua Paulo VI

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 12/04/1995	Idade: 25
Profissão: Autônomo		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Boa Vista	
Nome da Mãe: Josilene Figueiredo Pereira		Nome do Pai: Ilson Rodrigues da Fonseca	

Documento(s)

CPF: 967.343.292-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R. Murilo T. Cidade

Nº: 1523

Complemento: casa

Bairro: Dr. Silvio Leite

CEP: 69.314-348

Telefone: (95) 99113-3855 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 542.570.502-68	Placa NAZ8798
Renavam 01081388708	Número do Motor G3C3E-001127
Número do Chassi 9C6KG0380G0001133	Ano/Modelo Fabricação 2016/2015
Cor AZUL	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ250 LANDER
Veículo Adudderado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 14/02/2020	Situação do Veículo RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS - RECALL - RENAIFF

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jefferson Pereira da Fonseca	Proprietário



Impresso por: Meire Moura da Silva

Data de Impressão: 21/07/2020 17:00:05

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00020727/2020

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico (95) 99113-3855, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com o 190 para relatar o seguinte fato: Que no dia 10/01/2020, por volta das 10h:00min da manhã, o comunicante trafegava em sua motocicleta particular, de marca, modelo XTZ250 LANDER, Placa NAZ-879B; QUE neste momento trafegava na rua Rua Paulo VI, em sentido Centro-Bairro; QUE no cruzamento da R. Dalício Faria, bairro: Mecejana/Boa Vista - RR, com a Rua Paulo VI, o comunicante não prestou atenção que havia uma elevação no asfalto, que tentou frear bruscamente, porém sem êxito, colidindo com essa elevação, que em seguida o comunicante foi arremessado uma grande distância do ponto de colisão; Que perdeu a lucidez por alguns minutos, e quando despertou não conseguia movimentar seu corpo, que alguns transeuntes não identificados que estavam no local, ligaram para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, que após alguns minutos compareceram no local realizando procedimento de remoção para o centro de trauma do Hospital Geral de Roraima - HGR; QUE o comunicante teve fraturas em todo seu corpo, que teve fraturas mais graves no tornozelo direito que o osso do tornozelo ficou exposto devido ao impacto do acidente, como consta em laudo médico em anexo a este B.O.

QUE o comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (13/07/2020), que somente registrou o fato para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia "ad-hoc", chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O. orientei ao comunicante que ele poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Meire Moura da Silva

Escritão de Polícia

Matrícula 42006511

Responsável pelo Atendimento

Jefferson Pereira da Fonseca

Comunicante, Vítima

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

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 21 de julho de 2020

[Assinatura]

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF de vítima: 4 - Nome completo da vítima

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo da Instituição Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não autografado 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000013447-9

Nr. da Autenticação DA9B35C088065EAC