



Número: **0800472-21.2018.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Nova**

Última distribuição : **05/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 9450.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ISRAEL DE SOUZA FARIA
AUTOR	JODILSON FERNANDES DA SILVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17587727	05/11/2018 16:44	1 PRONTUÁRIO MEDICO.	Outros Documentos
17587864	05/11/2018 16:44	2 PRONTUÁRIO MEDICO.	Outros Documentos
17587743	05/11/2018 16:44	3 PRONTUÁRIO MEDICO.	Outros Documentos
17587784	05/11/2018 16:44	4 PRONTUÁRIO MEDICO.	Outros Documentos
17587795	05/11/2018 16:44	5 PRONTUÁRIO MEDICO.	Outros Documentos
17587814	05/11/2018 16:44	6 PRONTUÁRIO MEDICO.	Outros Documentos
17587832	05/11/2018 16:44	7 PRONTUÁRIO MEDICO.	Outros Documentos
17587840	05/11/2018 16:44	DOCUMENTOS	Outros Documentos
17587851	05/11/2018 16:44	PROCURACAO. DOCUMENTOS	Outros Documentos
17813457	16/11/2018 20:07	Despacho	Despacho
18642339	15/01/2019 09:35	Expediente	Expediente

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

<p>DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.</p> <p>SERViÇOS REALiZADOS:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CÓDIGO/PROCEDIMENTO</th> <th>CBO</th> <th>IDADE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>()Centro cirúrgico</td> <td>()Alta hospitalar / ()A revélia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>()Internação (setor)</td> <td>()Decisão Médica</td> <td></td> </tr> <tr> <td>()Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL</td> <td>()Óbito</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <p><i>X) Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</i></p> </td> </tr> </tbody> </table>				CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	()Centro cirúrgico	()Alta hospitalar / ()A revélia		()Internação (setor)	()Decisão Médica		()Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL	()Óbito		<p><i>X) Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</i></p>		
CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE																
()Centro cirúrgico	()Alta hospitalar / ()A revélia																	
()Internação (setor)	()Decisão Médica																	
()Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL	()Óbito																	
<p><i>X) Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</i></p>																		

EXAME PRIMARIO - DADOS CLÍNIQUE

**GOVERNO
DA PARAÍBA** SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

PRONT (B.E) N°:1626023
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 31/03/2018
Boletim de Emergência(B.E) - Modelo 07 Atendente: Eliya Vanessa De Farias Ramos

PACIENTE: JODILSON FERNANDES DA SILVA
Endereço: SITIO GERALDO ALAGOANO CEP:58125000 Nascimento: 10/11/1982
Sexo: M Telefone:
Cidade: Alagoa Nova
Nome da Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA RG:
CPF:
Responsável:
Estado Civil: Solteiro(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO

ALERGIA:
- *Rugos*
MEDICAMENTOS:
PATOLOGIAS:
- *Rugos*
EXAME FÍSICO
ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em: *31/03/2018*
Glasgow *15* PA *98* HGT: *Sat02*
PUPILAS Fotorreagentes Isocóricas Anisocóricas *(1)*
EXAMES SOLICITADOS:
 Laboratoriais *()* Ultrassonografia: _____
 Gasometria arterial *()* Radiografias: _____
 Tomografia Computadorizada *()*

Exames realizados: USG abdominal e abdominal e dor abdominal, RGA

DETALHADO DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão
2. Ampolação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empinamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Estriamento
11. Equinose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Coríntio
15. F. Cortante
16. F. Corro-estriamento
17. F. Perfurante
18. F. Perfur-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingerimento Venoso
23. Laceratura
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Parésia
32. Parestesia
33. Quemadura
34. Rinserragia
35. Sinal de Isquemia

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Médico:

CRM:



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Joá Dílson Fernandes de Sá		
End:	Sítio General Alagoanense		
Data de Nascimento:	01/11/82	Bairro:	Alagoanense
Documento de Identificação:			
Queixa:	Acidente		
Data do Atend:	31/03/08		
Hora:	14:10		
Documento:			
Acidente de trabalho?	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não	

de meia

Classificação de Risco

Nível de consciência: (<input checked="" type="checkbox"/>) Bom (<input type="checkbox"/>) Regular (<input type="checkbox"/>) Baixo	Aspecto: (<input checked="" type="checkbox"/>) Calmo (<input type="checkbox"/>) Fáceis de dor (<input type="checkbox"/>) Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Pálida
Deambulação: (<input type="checkbox"/>) Livre (<input checked="" type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Maca	

Estratificação

MOD. 110

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Carvalho
Mahaynna Carvalho Sá
COREN-PB 509719-FNIE
Assinatura e carimbo do profissional



PREFEITURA DE ALAGOA NOVA

Secretaria Municipal de Saúde

Hospital Sofia de Castro Costa

CNPJ: 08.700.684/0001-46

Av. São Sebastião, s/n - Fone: (83) 3365-1011

CEP 58125-000 - Alagoa Nova - Paraíba

Paciente: _____

Endereço: _____

ENCAMINHAMENTO AO ORTOPEDISTA

Sr. Joálio Silveira da Silva,
35a, com relato de queda
de moto há 1 dia, apresentan-
do vias varicias poeiras, expul-
sões hemodiverticulares,
ECG: 15, apresentando, deposi-
dade e limitações de move-
mento em seu lado direito

nonluxações ou mo Q.

ED: solicite avaliação especia-
lizada para condução ade-
quada.

Encarte,

Dra. Raissa Monteiro

MÉDICA

CRM/PB: 10.805



Secretaria Municipal de
Saúde

Amamentar: Educar para vida

PRESCRIÇÃO	ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
(*) Avaliar distenção abdominal.			() Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			() Melhora a aceitação alimentar.
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			() Manutenção da glicemia estável.
() Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Aletiar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			() Controle da dor (melhorada / ausente).
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.			
() Encaminhar ao banho de chuveiro.			
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			
() Avaliar características, intensidade e local da dor.			
() Avaliar alterações de sinais vitais.			
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			
() Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			
() Incentivar a ingestão de líquidos.			
() Observar reações de desorientação/confusão.			
() Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			
() Analisar condições do curativo.			
(X) Analisar condições do curativo.			
() Orientar e estimular a hidratação da pele.			
() Orientar e estimular a movimentação no leito.			
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			
() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			
() Realizar balanço hídrico.			
() Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			
() Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.			
(X) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
() Utilizar técnica aseptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			
() Manter as grades do leito elevadas.			
() Conter o paciente quando necessário.			
() Manter ambiente calmo e tranquilo.			
() Orientar repouso no leito.			
(X) Administrar medicação CPM.			
() Outros			
() Outros			

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: NIC; 2010. CHAVES, L.D.; SOLAY, C.A.; SAE. 2 ed. 2013.

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Jodilson Fernandes

Enfermaria:

Leito: 10-2 | Data: 06/04/18

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1 Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()	Outro ()
3 Déficit no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
4 Dor aguda	Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
5 Hipertermia	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()	
6 Integridade da pele prejudicada	Ansiedade ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Incapacidade de lavar o corpo ()		
7 Mobilidade Física prejudicada	Outros ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
8 Padrão respiratório ineficaz	Aumento da taxa metabólica ()				Relato verbal de dor ()		
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
10 Risco de infecção	Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Taquicardia ()	Taquipneia ()	Outro ()
11 Risco de queda	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidiz articular		Destrução de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
12 Padrão de sono prejudicado	Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
13 Outro	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()	Outro
14 Outro					Movimentos descontrolados ()		
					Alterações na profundidade respiratória ()	Dispneia ()	
					Batimento de asa de nariz ()	Otropneia ()	Outro ()

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: <i>5 mm</i> Data da punção: <i>06/08/18</i>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ___/___/___	
Alterações: (X) Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: (X) Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___	
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ___/___/___
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente (X) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas (X) Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>R. C. Bordinho</i> DATA: <i>06/08/18</i> HORA: ___ h	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jodilson Fernandes | Registro: | Leito: 10-2 | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: Isocóricas Anisocóricas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

Linguagem: (). Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH₂O

Eupnêia; Taquipnêia Bradipnêia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruídos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: D E Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distenção abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e mediar CPM.		<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Atentiar para as queixas de náusea e vômito (anotar, mediar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.		
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.		
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	<i>14 dias</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		<input checked="" type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		
<input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
<input checked="" type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		
<input checked="" type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		
<input checked="" type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e freqüência cardíaca).		
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input checked="" type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
<input checked="" type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.		
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.		
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.	<i>C061</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

FONTE: NIC:2010. CHAVES, L.D.; SOLAY, C.A.; SAE. 2.ª ed. 2013.

Josefa

Assinatura

Carimbo

Carimbo</p

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:

Isabel - R

Enfermaria:

Leito:

Data:

/ /

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
1 Constipação	Hábitos de evacuação irregulares ()		Lesão neurológica ()		Anorexia ()	Dor abdominal ()	Outro ()
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()		Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()	
3 Déficit no auto cuidado para banho	Fatores psicológicos ()	Outro ()		Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()		
4 Dor aguda	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()	
5 Hipertermia	Ansiedade ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Incapacidade de lavar o corpo ()		
6 Integridade da pele prejudicada	Aumento da taxa metabólica ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
7 Mobilidade Física prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Relato verbal de dor ()		
8 Padrão respiratório ineficaz	Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Taquicardia ()	Taquipneia ()	Outro ()
10 Risco de infecção	Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Destrução de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
11 Risco de queda	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Outro ()	Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
12 Padrão de sono prejudicado			Obesidade ()	Outro ()	Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()	Outro
13 Outro					Movimentos descontrolados ()		
14 Outro					Alterações na profundidade respiratória ()	Dispneia ()	
					Batimento de asa de nariz ()	Ortopneia ()	Outro ()

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input checked="" type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: Data da punção <u>06/07/18</u>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> IVO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: ___/___/___	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input checked="" type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: <u>07/07/2018</u>	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>Até esse horizonte se queira</i> <i>mais</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Josefa Meire Pinheiro</i> <i>Coren-PB 48.226-E</i>	
DATA: <u>07/07/2018</u> HORA: ___ h	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Luiz Fernandes da Silva | Registro: | Leito: | Setor Atual: Jo. 2

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: | Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro
GLASGOW(3-15): | Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: Isocóricas Anisocóricas D>E E>D | Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia | Local:

Linguagem: (). Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
 VMNI VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH₂O

Eupnéia; Taquipnéia Bradipnéia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: D E Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM							
NOOME:	<i>Jodilson Fernando</i>						
IDADE:	35	SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às 09:05 h		
SETOR:	<i>Orf</i>						
DIAGNÓSTICO MÉDICO:							
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:				
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>			
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>			
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANURIA <input type="checkbox"/>				
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>			
SIST. GAS. RONTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>			
DADOS VITrais:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM							
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:						
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>Processos inflamatórios.</i>						
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:						
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: <i>NSP prejudicado</i>						
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:				
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:						
<input type="checkbox"/>	CD/FR:						
<input type="checkbox"/>	CD/FR:						
<input type="checkbox"/>	CD/FR:						
<input type="checkbox"/>	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA						
<input type="checkbox"/>	FR: FATOR RELACIONADO						
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL							
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITRAIS.	08/20			<i>jp</i>			
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.							
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.							
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.							
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIÓS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).							
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.							
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.							
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.							
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).	NTU			<i>jp</i>			
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	sempre			<i>jp</i>			
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE							
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	rc			<i>jp</i>			

MOD 125



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:		Jodilson fdes										PRONTUÁRIO:		667
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:							
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>											
DADOS CLÍNICOS:		<p>Pós - OP</p> <p>ACAO REALIZADO X 02/02/15 EM:</p>												
MATERIAL A EXAMINAR:														
EXAMES SOLICITADOS: Rx clavícula ① AP (P)														
URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>		ROTINA: <input type="checkbox"/>		<p>Dr. Jefferson Wilson L. A. Ribeiro Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 3557 - CRM-PB 10168</p> <p>Carimbo e Assinatura do Médico</p>										
DATA: 7/4/18		HORA DA SOLICITAÇÃO:												

MOD. 002

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal. <input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante. <input checked="" type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros). <input checked="" type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM. <input type="checkbox"/> Aletiar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos). <input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade). <input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares. <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro. <input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo. <input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor. <input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável. <input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor. <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais. <input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor. <input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável. <input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor. <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais. <input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação. <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados. <input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos. <input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão. <input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM. <input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo. <input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele. <input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito. <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado. <input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%. <input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura). <input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca). <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico. <input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos. <input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar. <input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações. <input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos. <input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência). <input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas. <input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário. <input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo. <input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito. <input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM. <input type="checkbox"/> Outros	Sempre 5/1	<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada. <input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar. <input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável. <input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene. <input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).	
<input type="checkbox"/> Administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados. <input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos. <input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão. <input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM. <input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo. <input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele. <input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito. <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado. <input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%. <input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura). <input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca). <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico. <input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos. <input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar. <input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações. <input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos. <input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência). <input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas. <input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário. <input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo. <input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito. <input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM. <input type="checkbox"/> Outros	08/08	<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos. <input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele. <input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão. <input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz. <input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular. <input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz. <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído. <input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.	
<input type="checkbox"/> Administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados. <input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos. <input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão. <input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM. <input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo. <input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele. <input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito. <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado. <input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%. <input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura). <input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca). <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico. <input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos. <input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar. <input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações. <input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos. <input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência). <input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas. <input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário. <input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo. <input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito. <input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM. <input type="checkbox"/> Outros	Sempre 5/1	<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.	
<input type="checkbox"/> Administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados. <input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos. <input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão. <input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM. <input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo. <input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele. <input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito. <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado. <input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%. <input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura). <input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca). <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico. <input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos. <input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar. <input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações. <input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos. <input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência). <input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas. <input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário. <input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo. <input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito. <input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM. <input type="checkbox"/> Outros	Sempre 5/1	<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.	

FONTE: NIC;2010. CHAVES,L.D.;SOLAY,C.A.; SAE, 2 ed. 2013.

Assinatura do(a) Enfermeiro(a): _____

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: *Jadilson Fernandes*

Enfermaria: *JO* | Leito: *2* | Data: *09/04/13*

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1 Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ()		Lesão neurológica ()		Anorexia ()	Dor abdominal ()	Outro ()
3 Déficit no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ()		Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()		Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
4 Dor aguda	Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	Outro ()
5 Hipertermia	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()		Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()
						Incapacidade de lavar o corpo ()	
						Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()
						Relato verbal de dor ()	
6 Integridade da pele prejudicada	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()		Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()	
						Taquicardia ()	Taquipneia ()
							Outro ()
7 Mobilidade Física prejudicada	Extremos de idade ()		Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()
	Hipotermia ()		Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()
						Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()
							Outro
8 Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()		Movimentos descontrolados ()	
						Alterações na profundidade respiratória ()	
							Dispneia ()
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()		Batimento de asa de nariz ()	Ortopneia ()
	Drenos ()	Outros ()					Outro ()
10 Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()		Defesas primárias inadequadas ()				
	Procedimentos invasivos ()		Outro ()				
11 Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()			Medicações ()			
	Extremos da idade ()		Agitação/Desorientação ()				
12 Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()			Outro ()		Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()
13 Outro	Ruido ()		Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()	
14 Outro							

Pele: Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
 Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()
 Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
 Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
 Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/
 Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: *(à Semana)*
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
 Tipo somático: Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
 Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
 Alimentação: VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/
 Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
 Abdômen: Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
 RHA: Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
 Eliminação intestinal: Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:
 Eliminação urinária: Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;
 Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
 Condição da pele: Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:
 Coloração da pele: Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
 Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
 Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/
 Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/
 Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/
CUIDADO CORPORAL
 Cuidado corporal: Independente Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
 Higiene corporal: Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
 Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas Outro:
SONO E REPOUSO
 Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
 Comunicação: Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: Cooperativo () Medo:
 () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
 Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: *Janiere Vidal Ferreira* DATA: *03/04/18* HORA: *11:20* h
 COREN-PB 345.715-ENF

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jadilson Fernando | Registro: | Leito: 5-2 | Setor Atual: GHT

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

Linguagem: (). Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

Eupnéia; Taquipnéia Bradipnéia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruídos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D E Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/>	Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/>	Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/>	Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/>	Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input checked="" type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/>	Alentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		<input checked="" type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/>	Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
<input type="checkbox"/>	Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Encaminhar ao banho de chuveiro.		
<input type="checkbox"/>	Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.	S/N	
<input type="checkbox"/>	Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Avaliar características, intensidade e local da dor.	CTe L 17 1N L 2 18 24 06	
<input checked="" type="checkbox"/>	Avaliar alterações de sinais vitais.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/>	Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/>	Incentivar a ingestão de líquidos.		
<input type="checkbox"/>	Observar reações de desorientação/confusão.		<input checked="" type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/>	Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/>	Analizar condições do curativo.		
<input type="checkbox"/>	Orientar e estimular a hidratação da pele.		<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/>	Orientar e estimular a movimentação no leito.	S/N	
<input checked="" type="checkbox"/>	Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
<input type="checkbox"/>	Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/>	Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/>	Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/>	Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/>	Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input type="checkbox"/>	Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input checked="" type="checkbox"/>	Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	Ctg Ctg	
<input checked="" type="checkbox"/>	Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/>	Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
<input type="checkbox"/>	Manter as grades do leito elevadas.		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/>	Conter o paciente quando necessário.		
<input type="checkbox"/>	Manter ambiente calmo e tranquilo.		<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/>	Orientar repouso no leito.		
<input type="checkbox"/>	Administrar medicação CPM.		<i>Raimunda Mariana Aquino & Daiva</i> ENFERMEIRA
<input type="checkbox"/>	Outros		COREN-PI: 456789
<input type="checkbox"/>	Outros		

FONTE: NIC;2010. CHAVES,L.D.;SOLAY,C.A.; SAE. 2 ed. 201

Assinatura do Enfermeiro(a): Crus

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Jadilson F. da Silva

Enfermaria: 10 | Leito: 10.2 | Data: 05/04/18

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINidorAS		
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()	Anorexia ()	Dor abdominal ()	Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
3	Déficit no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()	Fatores psicológicos ()	Outro ()	Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	Outro ()
4	Dor aguda	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()	Incapacidade de lavar o corpo ()
5	Hipertermia	Ansiedade ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Ansiedade ()	Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Aumento da taxa metabólica ()	Extermos de idade ()	Circulação prejudicada ()	Hipotermia ()	Extremos de idade ()	Taquicardia ()	Taquipneia ()
7	Mobilidade Física prejudicada	Imobilização física ()	Ansiedade ()	Desconforto ()	Ansiedade ()	Ansiedade ()	Destrução de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()
8	Padrão respiratório ineficaz	Outro ()	Rigidez articular	Desuso ()	Prejuízos músculo esquelético ()	Outro ()	Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Ansiedade ()	Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()
10	Risco de infecção	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Outro ()	Ansiedade ()	Dispneia ao esforço ()	Outro ()
11	Risco de queda	Drenos ()	Outros ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Movimentos descontrolados ()	Outro ()
12	Padrão de sono prejudicado	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Procedimentos invasivos ()	Mobilidade física prejudicada ()	Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispneia ()
13	Outro	Defesas primárias inadequadas ()	Outro ()	Medicações ()	Outro ()	Outro ()	Batimento de asa de nariz ()	Dispneia ()
14	Outro	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input checked="" type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? _____ Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>31 Acesso</u> Data da punção ____/____/____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> V.O () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: _____	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: _____	Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro: <input checked="" type="checkbox"/>	
SONO E REPOUSO	
Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <u>Católica</u> <input type="checkbox"/> Praticante <input checked="" type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente EGB, aguarda cirurgia de clavicula D. Repere dor no hemitórax D à inspiração. Segue aos cuidados da enfermeira.</u>	
 Raimunda Mariana O' Aquino S. Paiva ENFERMEIRA COREN-PB: 456559	
 Raimunda Mariana O' Aquino S. Paiva ENFERMEIRA COREN-PB: 456559	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Custina Barbosa</u> DATA: <u>05/04/18</u> HORA: _____ h	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jadilson F. da Silva | Registro: | Leito: 10.2 | Setor Atual: Ort.

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: 20 irpm; PA: 10x80 mmHg; FC: 41 bpm; SPO2: 96 %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Clavícula | Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): 15 | Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia | Local:

Linguagem: (). Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: nutroponia

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar | Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. | Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Johnson Fernandes da Silva		Introdução	03	30
Data	Hora	Data	Hora	
04/04/38	manhã	Acordando Pne-olérnia		
		PACIENTE APRESENTA COM DIAGNÓSTICO MÉDICO DE FRATURA DO HUMERO		
		DISAL DE CLAVICULA DIREITA, DECONEXÃO DE ACERTE MIGRATIVO. COM INTRUSÃO DO TIPO INFIXANTE DO OMBRO A	08:43	FOI REALIZADO EXERCÍCIOS ÁRIDO-LIVRE DO PUNHO:
		NAU D'E TÍFIA. APENAS RGA DIA NO LADO DA FRATURA DO TIPO		- ALARGAMENTO DE MSE;
		PORTADA COM INTENSIDADE RAIS UNA UNA DE PORTADA 6.		- EXERCÍCIO DE FLEXÃO DE OMBRO (3X5).
		CORRIDA: MOBILIZAÇÃO ANTICLINA DEL OMBRO DA DIA E PUNHO		- EXERCÍCIO DE ROTAÇÃO LATERAL (3X5);
		NAU MASS; FORNECIMENTO DO MUSCLEXÃO-EXTENSORAC/ABDUTORAC		- EXERCÍCIO DE ABDUÇÃO HUMERAL DE OMBRO (3X5).
		NOUSAU JURIDICO TECNICO, EXERCÍCIO D'ORTHOCEMÉTICO		- EXERCÍCIOS DE LONGITUDINAIS DE OMBRO
		EN PUNHO NO RSO, EXERCÍCIO DE CIRCUITOS; ISOMETRIA DE		- EXERCÍCIOS MUSCULOCÉNTRICOS DE OMBRO
		PLUXORES NO MSC UTILIZANDO MÍDIADE BALL.		- EXERCÍCIOS MUSCULOCÉNTRICOS DE COLEO
		UNA UNIPASSO: ENQUANTO SÓSTIO		- CÍRCULO (FLEXÃO, EXTENSÃO, ABDUÇÃO, ADDUÇÃO, CIRCUITO)
				- PEÇA (5X)
				- ACAB: PAINEL VERSO DE SÓSTIO (LIPB)
05/04/18	08:43	DATA: 05/04/18 HORA: 08:43 PACIENTE OPERATIVO, FEM, COM QUITAS DE OZ.	08:43	DATA: 05/04/18 HORA: 08:43 PACIENTE OPERATIVO, FEM, COM QUITAS DE OZ.
		ANALISE DA REGIÃO CLAVICULAR DIREITA A FRATURA		C. DIFUSORENTES & VÍNE DE TÓXICOS DA
		DA MÍDIA, COM ESPAÇO DE PROFESSO CIRÚRGICO.		INTERFERÊNCIAS DA
		CONDUTA: PACIENTE SEMI-RECLINADO:		SEBASTIÃO CORRÊA FONSECA
		- ALONGAMENTO DE PUNHO DIREITO;		ESTORNO: 15344-F
		- EXERCÍCIOS MUSCULOCÉNTRICOS DE PUNHO (FLEXÃO, EXTENSÃO, ASSENTO DIREITO E LATERAL (5X))		
		- PUNHO VIZINHO ATENDE A FRATURA. Foi		



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	JADILSON FERNANDES DA SILVA
DATA DO EXAME:	31/03/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras oca, assim como de hemoperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dr. Diogo Araújo de Freitas CRM 7195
Médico Radiologista



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: <i>Jodilson fernandes de Silva</i>								PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A						

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

USG FAST

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:
31/03/2018

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	Brenda Jannuza Barbosa Cirurgia Geral CRM-PB 9443	
DATA: <i>31/03/18</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO:		
Carimbo e Assinatura do Médico			

MOD. 002



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JODILSON FERNANDES DA SILVA
Dr(a): JOSE RENNÁ GOMES
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000395108
Data: 01-04-2018 12:13
Idade: 35 anos
RG: amarela 08
Origem: AREA AMARELA
Destino: AREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'00''

[DATA DA COLETA: 01/04/2018 12:51]

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

Material: sangue

Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO..... 7'30'' min

[DATA DA COLETA: 01/04/2018 12:51]

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Material: Sangue

Método: Lee-White

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Emissão : 01/04/2018 14:36 - Página 2 de 2



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JODILSON FERNANDES DA SILVA

Protocolo: 0000395108

RG: amarela 08

Dr(a): JOSE RENNÁ GOMES

Data: 01-04-2018 12:13

Origem: ÁREA AMARELA

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Idade: 35 anos

Destino: ÁREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 01/04/2018 12:50]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.5 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,2 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	43 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	95 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	32 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.400 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrofílicos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	282
Segmentados.....	81,0	7.614 40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0 0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfocitos		
Típicos.....	14,0	1.316 20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	2,0	188 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	228.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES.....

Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	<i>Edilson Fernandes da Silva</i>					PRONTUÁRIO:	996	
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:	
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>						

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
31/03/18

MATERIAL A EXAMINAR:	
----------------------	--

EXAMES SOLICITADOS:	
<i>Raio - x da</i> Tórax PA cervical P ombro ① AP/PA perna ② AP/PA	

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	<i>Brenda Jambo L. Barbosa Cirurgiã Geral CRM-PB 8443</i>
DATA: <i>31/03/18</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

ORTOPÍ
LEIJIUJU.Z

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

FX 1\3 LAT CLAVICULA D

LEITO 10-2

Beo, dynna, n. invenzion.
Ji'no, rum, oblong
Ch' Astor, hangman, com. Atto + Al'ly
Anabreli, Dresdener + Czest & mazurka
componer

Dr. Enertan Metiro
Mitsubishi Orthopaedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

Wangso portugico, 21 mbarakatna

110

C9: VPM

Evolução Médica
#ORTOPEDIA# DIH: 3

Convênio

FX 1\3 LAT CLAVICULA D

LEITO 10-2

Ergebnisse sehr abweichen von oben

2022-03-20 16:50:53 1024 1024 1024 1024

994

2

91

6 Feb 1964 — 10

$$V_{13} = \frac{1}{2} M = 150$$

210

10

..(o)

5

6

10

293 *marianellis* — *marianellis*
Vitis — *marianellis*

and if

10

... at the moment of the accident

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

abante 70
reduces to 25
continues 80 m21

210
10

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Jodilson Fernandes da Silva DN: 3011182					20/04/18 - 08 Validade Ciclo N° 1
QI	LEITE	CONVÉNIO SOS	IDADE 35a	REGISTRO 1626023	VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 6/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 1828 01
CIRURGIA de rot 3/4 abd clávula 10			CIRURGÃO Dr. Jefferson		01/04/18 01 Ciclo N° 1
ANESTESIA Bloq de Plexos Drog. Direto			ANESTESIA Dr. Liconio Loureiro		VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
INSTRUMENTADORA Saulo	DATA 07/04/18	INÍCIO 09:30		FIM 11:00	01/04/18 01 Ciclo N° 1
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Adrenalina amp.	Calep. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Diazepan amp.	Compressa Grande ..		Catgut cromado Sertix	01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Dolantina amp.	Cotonoides		Catgut Simples Sertix	01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Fenegam amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	01/04/18 01 Ciclo N° 1
01	Fentanil ml Nalpíndol	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Mercaína % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	01/04/18 01 Ciclo N° 1
02	Nubatin amp Pavulon amp	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Protigmine amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Protoxido l/m	Espadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Quelcinc ml	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Rapifen amp.	Gase Pacote c/ 10 unidades	01	Fila cardíaca	VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Thionembutal ml	H ₂ O ₂ ml		Mononylon	01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Tracrium amp.	Intracath Adulto		Mononylon	VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Intracath Infantil	Prolene Serfix	01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 20		Prolene Serfix	VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	01/04/18 01 Ciclo N° 1
02	Dipirona amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Flaxidol amp.	Luvas 7.0	02	Vicryl Serfix	01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Flbocortid amp	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Geramicina amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Glicose amp.	Luvas 8.5			VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Glucon de Cálcio amp.	Luvas 9.0			01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Haemacel ml.	Luvas 9.5			VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Heparema ml.	Luvas 10.0			01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Kanakion amp.	Luvas 10.5			VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Lasix amp.	Luvas 11.0			01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Medrotinazol.	Luvas 11.5			VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Plasil amp.	Luvas 12.0			01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Prolamina	Luvas 12.5			VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Revivan amp.	Luvas 13.0			01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Stupitanon amp.	Luvas 13.5			VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Cefalotina 1g	Luvas 14.0			01/04/18 01 Ciclo N° 1
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			SOROS	VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Agulha desc. 25 x 7	Vaselina ml			01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Agulha desc. 28 x 28	Gelcon 18			VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Agulha desc. 3 x 4,5	Lataee			01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Agulha p/ raque nº	05 Eletrodo			VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Álcool de Enfermagem	05 S/ condutor			01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Álcool Iodado ml	03 Eletrodo			VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
04	Ataduras de Crepon	15m			01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Ataduras de Gessada				VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
	Azul metílico amp.				01/04/18 01 Ciclo N° 1
	Benzina ml				VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
					01/04/18 01 Ciclo N° 1
					VAPOR + MARRON OU PRETO - TIPO 1 1/04/18 01 Processado em 1 STERIFEROL - STERIFEROL Operador 2020 01
		</			

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente <u>Jedilson Fôdes da Silva</u>		Nº Prontuário
Data da Operação	Enf.	Leito
Operador <u>Dra. Jefferson</u>	1º Auxiliar <u>Dra. Felipe</u>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	<u>Fratura 1/3 distal clavícula D</u>	
Tipo de Operação		
Diagnóstico Pós-Operatório	<u>Ombro</u>	
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato	<u>S</u>	
Acidente Durante a Operação	<u>N</u>	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1 - Paciente em D.O.H, SOS ap. to agudizantes

2 - Aspirina e antihistam.

3 - Aloraltan com pr. inten: D

4 - in luxo nos clavicula D + dislocar PON

Plano

5 - Reduzir curvatura fratura

6 - Paraglm ou fib K PI mantin
redutor

7 - Lavanda FO

8 - Sutura PON Plano

9 - curvatura

Dr. Jefferson Lison L. A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 65.072 - CRM-PB 10168

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Diagnóstico

**ORTOPI
LEIU LUIZ**
**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPÉDICA**
PRE OP
OK
**FX 1\3 LAT CLAVICULA D
LEITO 10-2**
Paciente *José Luiz Ferreirinha, 35*
Alojamento
10
Convênio
02
Data *10/05/2014* **Prescrição Médica**
Horário
Evolução Médica
1 DIETA LIVRE
CTS
BRIG
estorno
sem
indisponibilidade
DH: S
º
2 JELCO SALINIZADO
SUSPENS
06
12
06
18
24
06
22
06
20
06
18
06
16
06
14
06
12
06
10
06
08
06
08
06
10
06
3 OMEPRAZOL 40 MG VO EM JEJUM 20 mg VO
06
12
06
18
06
24
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
4 DIPIRONA 1g VO 6/6H
06
12
06
18
06
24
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
5 FISIO-MOTORA
06
12
06
18
06
24
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
6 SSWW+EEGG
06
12
06
18
06
24
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
7 NAUSEDRON 1FA+AD 1V 8\8H
SUSPENS
06
12
06
18
06
24
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
8 TYLEX 1CP VO 12\12H
SUSPENS
06
12
06
18
06
24
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
06
00
9. Dose 3ens segs 12:00H (mais-dia) DIETA LIBERADA
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA



GOVERNO
DA PARAÍBA

**SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA**

A E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

ORTOPÍ
LEI ÚTUZ

FOLHA DE TRATAMENTO A ENERGÉTICA

PRE OP

Fix 1/3 digital crescendo D

LEITO 10-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

04/04

Diagnóstico

fx v3 distal do osso do

Paciente	Nome	Alojamento	Leito	Convênio
03-04-18	José Luiz Fernandes de Souza, 35		10	00

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1	Diclo 500mg VO 1210Q	12	DIAG: 3º
2	Antok 150mg VO 1210Q	12	Bula, crural, non inden
3	Bifene 150 VO 616Q	12	CV: VEN
4	Diclofenaco de sódio 50mg VO 1010Q	12	
5	SSV + CCG	12	
		1	
		6	

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9507

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9507

02.04.18 - 11hs - 120 x 80 - Paciente consciente, orientado, desidratado, com MSD amarrado com fita. não repre-
queixas, no momento. Pela pena

PA 130x73

Paciente ~~de~~ medicado Normotensão

sem queixa plantarina isolada
do lado da epicondilite

Christiny Alves
COREN-PA 1.004.974-TE

Christiny
Alves

Christiny
Alves

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

10-2

Diagnóstico

Paciente	Yardas o cm separando los dedos	Alojamiento	Leito	Convénio
Yolanda Serrano	10 cm	10 cm	10 cm	10 cm

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02/04	Dileta livre	12h	
	Antak 150mg VO 12/12h	12h	
	Dipirona 1 comp VO 6/6h	12h	
	Diclofenaco de sódio 50mg VO 12/12h	12h	
	S.S.V.V. + C.C.G.G.	14h	Alívio parcial



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico
Folha 1/3 Distal Clavíula

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1626066

OLV
OK

Jedison Fernandes de Sá

1626066

OK

</div

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JODILSON FERNANDES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180472525**
Vitima: **JODILSON FERNANDES DA SILVA**
Data do Acidente: **30/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **ISRAEL DE SOUZA FARIAS**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180472525**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **30/07/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): José Luiz Fernandes
der Silva PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL N°. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N°: 542 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 31/03/18 A 08/04/18 NECESSITANDO DE
60 dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 08/04/18

Ass. do Médico - N°. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

EDEILTON TEIXEIRA DOS SANTOS
SIT GERALDO, SN - ÁREA RURAL
ALAGOA NOVA/PB CEP: 58125000 (AG. 71)

energisa

Emissão: 26/01/2018 Referência: Jan/2018
Classe/Subclasse: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro: 17 - 77 - 665 - 1600 N° medidor: 0000872627

ENERGISA/PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 26 - Cidade Retiro, João Pessoa/PB - CEP: 58071-680
CNPJ:09.096.183/0001-46 - Insc Est: 16.015.923-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°001.279.423
Céd. para Débito Automático: 00017419060

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2018	26/01/2018	27/02/2018	26220074858 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1741906-0

Canal de contato

- Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no facebook com /energisa e no Twitter (@energisa), sempre que precisar da gente. Queremos estar sempre próximos!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias			
Data: 27/12/17	Lerda: 930	Data: 26/01/18	Lerda: 987	1			
Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aliq. ICMS(R\$)	Base Calc. PIS(R\$)	Base Calc. COFINS(R\$)
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	PIS/COFINS(R\$) (1,0363% (4,7691%))
0801	Consumo em kWh	57.000	0,367540	20,95	0,00	0,00	20,95 0,22 0,99
0801	Adic. B Vermelha			0,22	0,00	0,00	0,22 0,00 0,01
0810	Subsídio			0,90	0,59	0,00	0,98 0,08 0,43
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0804	JUROS DE MORA 10/2017			0,41	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
0804	JUROS DE MORA 11/2017			0,43	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
0805	MULTA 10/2017			0,49	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
0805	MULTA 11/2017			0,63	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2017			0,20	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2017			0,19	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
0806	Devolução Subsídio			-8,46	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
CCI Código da Classificação do Item TOTAL 23,94 0,00 0,00 30,15 0,31 1,43							
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR R\$ 23,94					
56	02/02/2018						
Histórico de Consumo (kWh)							
52 50 62 54 50 58 48 64 58 59 61 50	Jan/17 Feb/17 Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17						
RESERVADO AO FISCO 2d0b.c80d.f174.1164.01d2.8f6b.0449.b09b.							
Indicadores de Qualidade 11/2017 - Área				Composição do Consumo			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%	
51,94	0,00	NOMINAL	220	Serviços de Dist. da EnergisaPB	7,64	31,91	
23,89				Compra de Energia	9,03	37,72	
47,79	0,00	CONTRATADA	202	Serviço de Transmissão	1,17	4,89	
16,64		LIMITE INFERIOR	231	Encargos Setoriais	2,11	9,81	
31,28	0,00	LIMITE SUPERIOR		Impostos Diretos e Encargos	3,89	16,87	
6,99				Outros Serviços	0,00	0,00	
16,80				Total	23,94	100,00	
Valor do EUSD (Ref 11/2017) R\$ 11,31							
ATENÇÃO							
- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso(s) (já) atrasado(s) acima relacionado(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 10/02/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comprovado que as contas pagas não estejam na unidade consumidor para comprovação. Caso ja tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem.							
* a aquisição em ônibus de proteção ao crédito não é de responsabilidade da Energisa.							
Faturas em atraso Dez/17 20,12							

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 012426849853	
VIA: <input type="text"/> COD. REN: PRT 20160100009211-4 EXERCÍCIO: 1 0071360858-7 00/00000000 2016	
EDINALDO FIRMINO DE LIMA	
NOME: CPF/CNPJ: 07290619498 PLACA: MNR1762/PB PLACA ANT/UF: NOVO PB CHASSI: 9C2JC2500XR126655	
ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC COMBUSTIVEL: GASOLINA MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TITAN ANO FAB: 1999 ANO MOD: 1999 CAP/POT/CIL: 2 P/124 /CT CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA COTA UNICA: IPVA PAGO RM VENC. COTA UNICA: 05/02/2016 VENC. COTAS: 1^a FAIXA IPVA: 0 PARCELAGEM/COTAS: 2^a ***** SEGURADO OBSERVAÇÕES: 0 3 ^a	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOF (R\$) ***** PRÉMIO TOTAL (R\$) ***** DATA DE PAGAMENTO: 01/02/2016 SEM RESERVA DE DOMÍNIO NOTA OBRIGATÓRIA NAO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA	
LOCAL: ALAGOA NOVA-PB DATA: 05/02/2016 32875	
6043	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
PB Nº 012426849853 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2016	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 05/02/2016	
VIA: 1 CPF / CNPJ: 07290619498 PLACA: MNR1762/PB RENAVAM: 00713608587 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 TITAN ANO FAB: 1999 CAT-TARIF: 9 N° CHASSI: 9C2JC2500XR126655	
PRÉMIO TARIFÁRIO FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) ***** CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) ***** SEGURADO PAGO <input type="checkbox"/> COTA UNICA <input type="checkbox"/> PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO 01/02/2016 DATA DE QUITAÇÃO	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.248.608/0001-04 www.seguradoralider.com.br	
6043-0833185-20160205 OUT-2015	

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

Outorgante: JODILSON FERNANDES DA SILVA, **Nacionalidade:** Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro
Profissão: Agricultor **Identidade:** 3.661.186 **CPF:** 10914517457
Endereço: Sítio Geraldo, S/N – Área Rural, Alagoa Nova – PB **CEP:** 58125-000.;

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000, Endereço Eletrônico: israelfariasadv@gmail.com, fone: (83) 98116.7741, (83) 99631.8671;

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado supra, a quem confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula “ad Judicia”, conforme art. 38 parte final do CPC, **COM FIM ESPECIAL DE ENTRAR NA JUSTIÇA COMUM COM AÇÃO DE COBRANÇA PARA FINS DE RECEBIMENTO DO SEGURO DPVAT**. Podendo o outorgado, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar quitações, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo e acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda o outorgante, para fins dos dispostos dos artigos 447 e 448 do Código de Processo Civil, podendo finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. **Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos a base de 30% (trinta por cento), sobre o valor da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências, conforme aqui pactos através do presente Instrumento.**

Alagoa Nova/PB, 24/Outubro/2018.

Jodilson Fernandes da Silva
OUTORGANTE

*Isento de reconhecimento de Firma, em face da Lei 8.952 de 13/12/1994, que dá nova redação ao artigo 38 do CPC.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Por este instrumento particular de **CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**, figurando como **CONTRATANTE**, JODILSON FERNANDES DA SILVA, Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Agricultor Identidade: 3.661.186 CPF:10914517457 Endereço: Sítio Geraldo, S/N – Área Rural, Alagoa Nova – PB CEP: 58125-000.;

E como **CONTRATADO**, o **ADVOGADO**, O Bel **ISRAEL DE SOUZA FARIAS**, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000, Endereço Eletrônico: israelfariasadv@gmail.com, fone: (83) 98116.7741, (83) 99631.8671, têm entre si, justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

1 – DO SERVIÇO JURÍDICO: O CONTRATADO, em face do presente instrumento contratual obriga-se a IMPETRAR NA JUSTIÇA COMUM, AÇÃO DE COBRANÇA PARA FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT face a sinistro de trânsito;

2 - DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS: Pelaos serviços prestados e especificados na cláusula 1, o CONTRATADO, receberá a título de honorários, **30% (TRINTA POR CENTO)**, sobre o valor bruto da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências (nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94), conforme aqui pactos através do presente Instrumento.

3 – DA AÇÃO JUDICIAL IMPETRADA: Fica estabelecido que, iniciados os serviços especificados na cláusula 1, são devidos os honorários contratados por completo neste instrumento, ainda que em caso de desistência por parte do CONTRATANTE, ou se for cassado o mandato do CONTRATADO sem sua culpa, ou ainda, por acordo do CONTRATANTE com a parte contrária, sem a devida aquiescência do CONTRATADO, podendo este exigir os honorários de imediato.

Parágrafo Primeiro: Fica estabelecido que em caso de serviços de cobrança ou de execução, ou ainda de qualquer outra natureza, em que o CONTRATADO receba verba ou importância em nome do CONTRATANTE, este desde já, autoriza àquele, descontar os honorários advocatícios, da verba ou importância recebida, ficando obrigado o CONTRATADO a reembolsar o CONTRATANTE no valor correspondente ao saldo remanescente.

4 - DISPOSIÇÕES GERAIS: O presente contrato, com natureza de título executivo extrajudicial, nos termos do art. 585, inciso II do Código de Processo Civil, obriga as partes e seus herdeiros e sucessores em todas as obrigações aqui assumidas;

5 - DO FORO DE ELEIÇÃO: As partes elegem o Foro da Comarca de Alagoa Nova-PB, como o competente para dirimir quaisquer dúvidas e/ou divergências que porventura venham a ocorrer em virtude do cumprimento do presente contrato, em detrimento de qualquer outro por mais privilegiado que se configure.

E, por estarem, assim, justos e contratados, firmam o presente instrumento, ASSINAM, na presença das testemunhas abaixo assinadas, que a tudo assistem.

Alagoa Nova/PB, 24/Outubro/2018.

CONTRATANTE: Jodilson Fernandes da Silva
CONTRATADO: _____

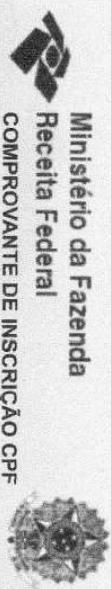
TESTEMUNHAS: _____

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu JODILSON FERNANDES DA SILVA, Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Agricultor Identidade: 3.661.186 CPF:10914517457 Endereço: Sítio Geraldo, S/N – Area Rural, Alagoa Nova – PB CEP: 58125-000.; declaro, nos moldes do art. 1.º da Lei n.º 7.115, de 29 de agosto de 1983, com a finalidade de obtenção do Benefício da Justiça Gratuita, conforme dispõe o art. 4.º da Lei n.º 1.060/50, que minha situação econômica não me permite pagar custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízos do meu sustento próprio e da minha família.

Alagoa Nova/PB, 24/Outubro/2018.

Jodilson Fernandes da Silva
Declarante



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

109.145.174-57

Nome

JODILSON FERNANDES DA SILVA

Nascimento
10/11/1982

CÓDIGO DE CONTROLE
D5B0.3622.A320.43EB



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:06:37 do dia 18/09/2018 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE ALAGOA
CENTRO - ALGOA NOVA -



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000360/18 registrada em 28/08/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de agosto do ano de 2018, nesta cidade de ALGOA NOVA, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE ALGOA NOVA, quando encontrava-se presente a Bela. MALON CASIMIRO DE ALBUQUERQUE, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:16 horas, compareceu o Sr. JODILSON FERNANDES DA SILVA, com 35 anos de idade, filho de SEVERINO FERNANDES DA SILVA e SEVERINA MARIA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ALGOA NOVA - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3661186, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10914517457, residindo à rua SITIO GERALDO (PROXIMO AO MERCADINHO DE VADELISON), bairro ZONA RARAL, na cidade de ALGOA NOVA - PB.

Declarou que:

QUE no dia 30/07/2018 por volta das 14h00mim estava trafegando com sua motocicleta de marca HONDA/ CG 125 TITAN, ANO 1999, COR VERMELHA, PLACA MNR 1762/ PB, CHASSI 9C2JC2500XR126655, REGISTRADA EM NOME DE EDINALDO FIRMINO DE LIVEIRA saindo de Alagoa Nova - PB em caminho do Sítio Geraldo onde reside; QUE nesse deslocamento perdeu o controle do veículo e caiu ao solo; QUE o acidente aconteceu na PB - 097, mas precisamente próximo do local conhecido como engenho no Sítio Geraldo de Alagoa Nova - PB; QUE na queda deslocou a clavícula direta e sofreu alguma escoriações pelo corpo; QUE foi procurar atendimentos médicos no dia seguinte as 14h00mim; QUE passou 08 (oito) dias internado no Hospital de Trauma em na Cidade de Campina Grande - PB; QUE passou por um procedimento cirúrgico e colocou uma peça de platina, possivelmente para reparar o osso que foi danificado na queda. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

ALGOA NOVA, Terça-feira, 28 de Agosto de 2018

Jodilson Fernandes da Silva

JODILSON FERNANDES DA SILVA

Declarante

Thiago Brandão

THIAGO BRANDÃO

Escrivão



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF
(Válido somente com documento de identificação.)

Nº do CPF: 189.145.174-57

Nome: JODILSON FERNANDES DA SILVA

Data de Nascimento: 10/11/1982

Comprovante emitido às 12:49:42 do dia
16/11/2010 (hora e data de Brasília)

Código de Controle do Comprovante:
PB

Dígito Verificador: 5

A autenticidade deste comprovante deve ser
verificada no site da Internet, no endereço:
<http://www.receita.fazenda.gov.br>

(Modelo aprovado pelo IN RFB nº 1.42,
de 10 de junho de 2010)

Emitido por: CONSELHO

VIA-CLIENTE

SERV. POSTAL: DIREITOS E DEVERES-LEI (8.38/78)

CAC - Capitais e Regiões Metrop. 080030100
Demais Localidades: 08007257282 Sugestões e
Reclamações: 08007256100

SARA 4.4.01

R. H.

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade requerida.

Nos termos do art. 334, do Novo Código de Processo Civil, agende-se audiência de conciliação. Cite-se o réu para audiência designada com o prazo mínimo de 20 (vinte) dias de antecedência. Intime-se a parte autora, através de seu advogado. O réu poderá apresentar contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data da audiência de conciliação.

Cumpra-se.

JUIZ DE DIREITO

Intime-se o advogado do autor da audiência de conciliação designada para o dia 17/05/2018, pelas 12hs.