

---

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **WILLIAM ARAUJO SILVA**  
  
Nº Sinistro: **3180577090**  
Vítima: **WILLIAM ARAUJO SILVA**  
Data do Acidente: **04/07/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180577090**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	111974 75960	William Araujo Silva		
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>				
Nome completo:				CPF:
Profissão:	Enderço:			Número:
Estudante	74. Condomínio Pequeno			Complemento:
Bairro:	Centro	Cidade:	Campina Grande	Estado:
			PB	CEP:
E-mail:	william.araujo.silva@gmail.com			Tel.(DDD): 8333341289

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041  CONTA: 523 699  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Dedico, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data: Campina Grande - PB, 05/11/2018  
 Nome: William Araujo Silva  
 CPF: 111974 75960

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

**Nº00292.01.2018.2.00.420**

**OCORRÊNCIA(S)**

Suposto(s) Autor(es):

**Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

Data da Ocorrência: 04/07/2018 Hora: 18:52:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Professor Carlos Francisco de Medeiros, Centenário, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Perto do Campinense Club

**PARTE(S)**

VITIMA	Nome: William Araújo Silva
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Ana Cristina da Silva e José de Araújo Silva
	Idade: 18 Data de Nascimento: 04/11/1999 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: solteiro(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Estudante
	Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 111.974.754-60
	Endereço: Travessa Cônego Pequeno, 32-A, Bela Vista, Campina Grande, PB
TESTEMUNHA	Complemento: Não informado
	Ponto de referência: Perto da Empresa de Ônibus Cabral
	Telefone: (83) 98840-0071
	Nome: Johnatan John Pereira da Silva
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Edjane da Silva e Antonio Pereira da Silva
	Idade: 19 Data de Nascimento: 03/04/1999 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: solteiro(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Estudante
	Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 134.326.734-00
	Endereço: Rua Dom Pedro II, 630, Bela Vista, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Ponto de referência: Perto do Posto de Saúde da Bela Vista
	Telefone: (83) 98726-9419



Procedimento Policial: 00292.01.2018.2.00.420



**TESTEMUNHA**

**Nome:** Kaline de Araújo Mendonça  
**Conhecido por:** Não informado  
**Filiação:** Josineide de Araújo Silva e Edvaldo Mendonça Carneiro  
**Idade:** 27      **Data de Nascimento:** 26/07/1991      **Identidade de Gênero:** feminino  
**Nacionalidade:** brasileira      **Naturalidade:** Campina Grande  
**Estado Civil:** solteiro(a)  
**Escolaridade:** Não informado      **Profissão:** Do Lar  
**Cargo:** Não informado      **Matrícula:** Não informado  
**Documentos(s) de Identificação:** CPF nº 090.125.494-00  
**Endereço:** Travessa Cônego Pequeno, 13, Bela Vista, Campina Grande, PB  
**Complemento:** Não informado  
**Ponto de referência:** Defronte Ao Residencial José Severo  
**Telefone:** (83) 98135-1664

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

(1) **Moto**, marca Honda, modelo POP 110I, tipo de veículo Motocicleta, cor branca, ano 2016, placa QFW-8180, chassi 9C2JB0100GR103436, renavam 0106532139-0

**DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS**

**HISTÓRICO**

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/POP 110I , Ano/Modelo 2015/2016, cor branca, Placa QFB-8180-PB, Chassi de Nº 9C2JB0100GR103436, licenciada em nome de Gustavo Eustáquio dos Santos, quando trafegava na rua Professor Carlos Francisco Medeiros, bairro Bela Vista, momento em que o condutor do veículo Kombi de sinais e condutor não identificado, cruzou a via a esquerda de repente, tendo o comunicante colidido na lateral do citado veículo, vindo a cair ao solo e sofrido fratura do Úmero esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

**Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.**

COMPARECIMENTO DE PESSOAS  
07 DEZ 2018  
COMPROVANTE DE PRESENÇA

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



Campina Grande/PB, 14 de setembro de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES  
Delegado(a) de Polícia Civil

William Araújo Silva  
WILLIAM ARAÚJO SÍLVA

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR  
Escrivão de Polícia



Procedimento Policial: 00292.01.2018.2.00.420

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	111974 75960	William Araujo Silva		
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>				
Nome completo:				CPF:
Profissão:	Enderço:			Número:
Estudante	74. Condomínio Pequeno			Complemento:
Bairro:	Centro	Cidade:	Campina Grande	Estado:
			PB	CEP:
E-mail:	william.araujo.silva@gmail.com			Tel.(DDD): 8333341289

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041  CONTA: 523 699  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Dedico, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data: Campina Grande - PB, 05/11/2018  
 Nome: William Araujo Silva  
 CPF: 111974 75960

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

<b>DATA:</b> 4/7/2018	<b>HORA:</b> 18:52 HRS	<b>ID Nº:</b> 1708042
<b>NOME:</b> WILLIAM ARAUJO SILVA		
<b>QUEIXA:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO		
<b>LOCAL:</b> RUA: PROFESSOR CARLOS FRANCISCO MEDEIROS		
<b>COMPLEMENTO:</b> BAIRRO: CENTENÁRIO / PROX AO CAMPINENSE CLUBE		
<b>CIDADE:</b> CAMPINA GRANDE / PB		
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 6 de agosto de 2018.

Deodécio F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192



**ANA CRISTINA DA SILVA**  
TV CONEGO PEQUENO, 32/A - BELA VISTA  
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58108-003 (AO: 401)

Emissao: 17/07/2018 Referencia Jul / 2018  
Classe/Subcl: RESIDENCIAL/RESIDENCIA  
Poterio E-401-478 . RH01 N° medida

 energisa

ENERGIA BOREMOREA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. Bento Gonçalves, 1160 - Centro - Pelotas - RS - CEP 96010-000  
Fone/Fax: (51) 3222-1000 - E-mail: info@energiasa.com.br

NroFactur/Gerar de Energia Elétrica NPF01 423 362  
Cód. para Déb. Automática: 00000224246

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2018	17/07/2018	16/08/2018	144.604.744-0 <small>Int. Epi</small>
<b>UC (Unidade Consumidora):</b>			<b>4122424-6</b>

#### **UC (Unidade Consumidora)**

4/22424-6

**Canal de contacto**

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data	Leritura	Data	Leritura							
19/08/15	12182	17/07/15	12256			72		32		
<b>Demonstrativo</b>										
CC1	Descrição	Curritula Total	Vazão Saneado	Avg. Comp(%)	Baixas(%)	Pico(R\$)	Cota(R\$)			
		Tributos Total(R\$)	(Métrica)	ICMS		Pico Cota(R\$)	(1.079)	1.079		
0001	Consumo em kWh	72.000	0.720000	51,84	51,84	26	12,88	51,84	0,83	2,43
0001	Adic. B. Vantagem			5,19	5,19	25	1,29	5,19	0,05	0,24
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0007	CONTRIBUIM PÚBLICA			7,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00	

CC: Código de Classificação do item - TOTAL: 64.19 - 0000 - 16.25 - 53.03 - 0000 - 2.51

Média últimos meses (kWh)

**VENCIMENTO**  
**24/07/2018**

**TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 64,15**

Histórico de Consumo (kwh)

T2		75		75		76		77		77		84		82		73		82		71		83
JUL17		AUG17		SEP17		OCT17		NOV17		DEC17		JAN18		FEB18		MAR18		APR18		MAY18		JUN18

RESERVING AD 84CD 22844712 2-120 1200 17202 1001 512

Indicadores de Qualidade				E12019-BELA/07A			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor [R\$]	%	
AC. MENSAL	0,31	0,02	NOMINAL	220	Somatório de Déf. de Energia/BD	10,00	18,95
OC. TRIMESTRAL	0,22			Corretiva/Retorno	71,40	33,28	
OC. ANUAL	0,25			Service de Transmissão- Encargos Básicos	3,84	4,12	
C. TRIMESTRAL	0,35	0,00	CONTRATADA	222	Impostos Diretos e Indiretos	4,61	7,13
C. ANUAL	0,45		IRATE INFERIOR	222	Outros Serviços	26,82	38,88
MC	0,03	0,00	IRATE SUPERIOR	231	Total	64,16	100,00

ATENÇÃO

[Follow us on](#)

COMPREV Segments



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	11197475960	William Araujo Silva		
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>				
Nome completo:				CPF:
Profissão:	Enderço:			
Estudante	Tl. Condomínio Pequeno			
Bairro:	Cidade:	Estado:	Número:	Complemento:
Belo Vista	Campina Grande	PB	32	A
E-mail:	Tel.(DDD): 58108663 E-mail: 8333341289			

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041  CONTA: 523 699  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Dedico, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: Campina Grande - PB, 05/11/2018  
Nome: William Araujo Silva  
CPF: 11197475960

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Douglas Eustáquio dos Santos

RG nº 4.262.360, data de expedição 10/09/14,

Órgão PB, portador do CPF nº 709.607.519-32 com  
domicílio na cidade de campina grande, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Traversa Aprigio Vellere nº 1864

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima William Araújo Silva, cujo o condutor era  
William Araújo Silva.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA POP 170 I

Ano: 2015 / 2016

Placa: QFW 8780/PB

Chassi: 9C2JB0100GR703436

Data do Acidente: 09/07/2015

Local e Data: Campina Grande, 12 de Setembro de 2018



Douglas Eustáquio dos Santos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Serviço Notarial 6º Ofício  
Rua Mercês do Herói, 16 - Loja E - Galeria  
Ed. Lucas - Campina Grande - PB  
CEP: 58100-020 - Fone: (83) 3261-2668



Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) da  
DOUGLAS EUSTÁQUIO DOS SANTOS  
Davi. Campina Grande/PB - 12/09/2018  
Substituta: NELIA MELLO LUCAS  
Selo Digital: AMK93008-PMG6

Consulte a autenticidade em <http://selodigital.ppb.jus.br>  
Emol R\$9,48 Fazenda R\$0,26 MP R\$0,15 Fazenda R\$1,74

Nelia Mellia Luci  
Tabata Substituta  
Cartório do 6º Ofício  
Campina Grande - PB

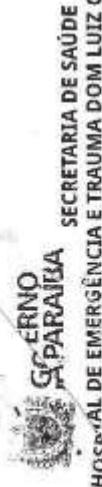
CÓPIA

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

07 DEZ. 2018

COMPREV/SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

COMPREV



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1686720 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB CEP: 58432-809

Data: 04/07/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente : Claudia Bezerra Lacerda

Nascimento:05/11/1999

Endereço:TRAVESSA CONIGO PEQUENO

Sexo:M

Idade:018

RG: 3449623

Bairro:BELA VISTA

Nº:32

Profissão:ESTUDANTE

CPF:

CNS:707007827731130

Estado Civil:Solteiro(a)

Data de Atend:04/07/2018

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

Hora: 19:44:30

CONVÉNIO:SUS

Médico:

CRM:

Especialidade:

CRM:

## EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Resende vítima de trauma por cedume. Paciente muito doloroso e instável.  
Avisa os serviços de ressuscitação. Sem dor e instabilidade.  
D. Tensões estáveis, sem alterações na pressão arterial. Sintomas:

C. Pulmão peritônio, Abdômen, abdômen, dor no estômago, dor no abdômen.

D. Sintomas de dor no membro superior e inferior.

E. Sintomas de dor no membro inferior.

F. Sintomas de dor no membro inferior.

G. Sintomas de dor no membro inferior.

H. Sintomas de dor no membro inferior.

I. Sintomas de dor no membro inferior.

J. Sintomas de dor no membro inferior.

K. Sintomas de dor no membro inferior.

L. Sintomas de dor no membro inferior.

M. Sintomas de dor no membro inferior.

N. Sintomas de dor no membro inferior.

O. Sintomas de dor no membro inferior.

P. Sintomas de dor no membro inferior.

Q. Sintomas de dor no membro inferior.

R. Sintomas de dor no membro inferior.

S. Sintomas de dor no membro inferior.

T. Sintomas de dor no membro inferior.

U. Sintomas de dor no membro inferior.

V. Sintomas de dor no membro inferior.

W. Sintomas de dor no membro inferior.

X. Sintomas de dor no membro inferior.

Y. Sintomas de dor no membro inferior.

Z. Sintomas de dor no membro inferior.

A. Sintomas de dor no membro inferior.

B. Sintomas de dor no membro inferior.

C. Sintomas de dor no membro inferior.

D. Sintomas de dor no membro inferior.

E. Sintomas de dor no membro inferior.

F. Sintomas de dor no membro inferior.

G. Sintomas de dor no membro inferior.

H. Sintomas de dor no membro inferior.

I. Sintomas de dor no membro inferior.

J. Sintomas de dor no membro inferior.

K. Sintomas de dor no membro inferior.

L. Sintomas de dor no membro inferior.

M. Sintomas de dor no membro inferior.

N. Sintomas de dor no membro inferior.

O. Sintomas de dor no membro inferior.

P. Sintomas de dor no membro inferior.

Q. Sintomas de dor no membro inferior.

R. Sintomas de dor no membro inferior.

S. Sintomas de dor no membro inferior.

T. Sintomas de dor no membro inferior.

U. Sintomas de dor no membro inferior.

V. Sintomas de dor no membro inferior.

W. Sintomas de dor no membro inferior.

X. Sintomas de dor no membro inferior.

Y. Sintomas de dor no membro inferior.

Z. Sintomas de dor no membro inferior.

A. Sintomas de dor no membro inferior.

B. Sintomas de dor no membro inferior.

C. Sintomas de dor no membro inferior.

D. Sintomas de dor no membro inferior.

E. Sintomas de dor no membro inferior.

F. Sintomas de dor no membro inferior.

G. Sintomas de dor no membro inferior.

H. Sintomas de dor no membro inferior.

I. Sintomas de dor no membro inferior.

J. Sintomas de dor no membro inferior.

K. Sintomas de dor no membro inferior.

L. Sintomas de dor no membro inferior.

M. Sintomas de dor no membro inferior.

N. Sintomas de dor no membro inferior.

O. Sintomas de dor no membro inferior.

P. Sintomas de dor no membro inferior.

**ATENDIMENTO DE RISCO:**

**VERMELHO**

**CONPREV**

**ALÉRGICO:**

**D. P.**

**Proteína**

**AA**

**MEDICAMENTOS:**

**07 JUN 2018**

**PROTÓCOLO PESSOAL**

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

01802018

Paciente vítima de cidente motorizado  
havendo sido atingido

Motociclista  
assustado

01/07/2018

Dr André Ribeiro Araújo de Menezes  
Traumatologista/Ortopedia  
CRM-PB 5793

AGENDA DE PESQUISA

01 DE JULHO DE 2018

COMPRESSOES E PREVENCAIS

DESTINO DO PACIENTE / às : hs.

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

- Centro cirúrgico /  Alta hospitalar /  A revista

- Internação (setor)

- Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

(Óbito)

Léo da Silva  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

allevava a dor dorosa.

## Diagnóstico

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

Fx proximal de Úmero esquerdo

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Willian Araújo Silva

Data 19/07/2018 Prescrição Médica

- 1- Dieta livre
- 2- Paracetamol 1cp VO 8/8H
- 3- Tilatil 20 mg IV S/N
- 4- CCGG + SSVV

### PROTOCOLO PESSOA

AG. JOÃO

07 2018

### PROTOCOLO PESSOA

AG. JOÃO

07 2018

Evolução Médica

Horário

Leito

03

Convênio

Prescrição Médica

Horário

Leito

03

Convênio

Prescrição



SECRETARIA DE SAÚDE

DIAGNÓSTICO

**DIAGNÓSTICO**  
Exámenes preventivos Ⓛ

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALERGICO A DIPIRONA

Paciente	William Araújo	Alojamento:	2	Leito	3	Convênio
		Evolução Médica				
Data	Prescrição Médica					
15/07	1. Dieta Líquida					
	2. SBE 1500ml EV/24h					
	3. Diprofene 02ml + AD EV 05/05h					
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h					
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum					
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN					
	7. Nausediron 01 FA + AD EV 8/8h SN					
	8. Clexane 40mg SC/dia (2x500)					
	9. SSVV + CGGG					

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

## Diagnóstico

*Naia Vilela Montez*

*OK*

*Montez*

*Montez*

*Alojamento*

*L*

*Leito*

*D*

*Convênio*

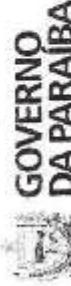
## Prescrição Médica

## Horário

## Evolução Médica

<i>1. Peito</i>	<i>2. Pâncreas</i>	<i>3. Fígado</i>	<i>4. Rim</i>
<i>5. Cérebro</i>	<i>6. Vias respiratórias</i>	<i>7. Vias urinárias</i>	<i>8. Vias digestivas</i>
<i>9. Sangue</i>	<i>10. Linfáticos</i>	<i>11. Glândulas suprarrenais</i>	<i>12. Órgãos genitais</i>
<i>13. Pâncreas</i>	<i>14. Fígado</i>	<i>15. Rim</i>	<i>16. Cérebro</i>
<i>17. Vias respiratórias</i>	<i>18. Vias urinárias</i>	<i>19. Vias digestivas</i>	<i>20. Linfáticos</i>
<i>21. Sangue</i>	<i>22. Glândulas suprarrenais</i>	<i>23. Órgãos genitais</i>	<i>24. Pâncreas</i>
<i>25. Fígado</i>	<i>26. Rim</i>	<i>27. Cérebro</i>	<i>28. Vias respiratórias</i>
<i>29. Vias urinárias</i>	<i>30. Vias digestivas</i>	<i>31. Linfáticos</i>	<i>32. Sangue</i>
<i>33. Glândulas suprarrenais</i>	<i>34. Órgãos genitais</i>	<i>35. Pâncreas</i>	<i>36. Fígado</i>
<i>37. Rim</i>	<i>38. Cérebro</i>	<i>39. Vias respiratórias</i>	<i>40. Vias urinárias</i>
<i>41. Vias digestivas</i>	<i>42. Linfáticos</i>	<i>43. Sangue</i>	<i>44. Glândulas suprarrenais</i>
<i>45. Órgãos genitais</i>	<i>46. Pâncreas</i>	<i>47. Fígado</i>	<i>48. Rim</i>
<i>49. Cérebro</i>	<i>50. Vias respiratórias</i>	<i>51. Vias urinárias</i>	<i>52. Vias digestivas</i>
<i>53. Linfáticos</i>	<i>54. Sangue</i>	<i>55. Glândulas suprarrenais</i>	<i>56. Órgãos genitais</i>
<i>57. Pâncreas</i>	<i>58. Fígado</i>	<i>59. Rim</i>	<i>60. Cérebro</i>
<i>61. Vias respiratórias</i>	<i>62. Vias urinárias</i>	<i>63. Vias digestivas</i>	<i>64. Linfáticos</i>
<i>65. Sangue</i>	<i>66. Glândulas suprarrenais</i>	<i>67. Órgãos genitais</i>	<i>68. Pâncreas</i>
<i>69. Fígado</i>	<i>70. Rim</i>	<i>71. Cérebro</i>	<i>72. Vias respiratórias</i>
<i>73. Vias urinárias</i>	<i>74. Vias digestivas</i>	<i>75. Linfáticos</i>	<i>76. Sangue</i>
<i>77. Glândulas suprarrenais</i>	<i>78. Órgãos genitais</i>	<i>79. Pâncreas</i>	<i>80. Fígado</i>
<i>81. Rim</i>	<i>82. Cérebro</i>	<i>83. Vias respiratórias</i>	<i>84. Vias urinárias</i>
<i>85. Vias digestivas</i>	<i>86. Linfáticos</i>	<i>87. Sangue</i>	<i>88. Glândulas suprarrenais</i>
<i>89. Órgãos genitais</i>	<i>90. Pâncreas</i>	<i>91. Fígado</i>	<i>92. Rim</i>
<i>93. Cérebro</i>	<i>94. Vias respiratórias</i>	<i>95. Vias urinárias</i>	<i>96. Vias digestivas</i>
<i>97. Linfáticos</i>	<i>98. Sangue</i>	<i>99. Glândulas suprarrenais</i>	<i>100. Órgãos genitais</i>

*Montez*



## Diagnóstico

Lúpus eritematoso sistêmico

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	William Araújo Salino	Alojamento	J.	Leito	3	Convênio	<input checked="" type="checkbox"/> D2 - DIH
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica				
26/10/14	1 - Dieta livre		<input checked="" type="checkbox"/> Oncoédia. 2				
	2 - SRL 500 ml I.V. 12 / 12 h.		<input checked="" type="checkbox"/> DPC				
	3 - Dipirona 02 ml I.V. 8 / 8 h (lento).		Patiente. E&B forte, ataxia. Sem emplacamentos.				
	4 - Tilitatil 20 mg I.V. 12 / 12 h.		<input checked="" type="checkbox"/> COMPLEXO ERGODÉSICO				
	5 - Omeprazol 40 mg I.V. 01 x dia. em jejum		<input checked="" type="checkbox"/> C. 02				
	6 - C.C.G.		<input checked="" type="checkbox"/> C. 03				
	7 - Clindamicina 600mg ev 6/6h		<input checked="" type="checkbox"/> C. 04				
	8 - Indometacina 8mg I.mf os IFA + ABD ev 8/8h, SC		<input checked="" type="checkbox"/> C. 05				
	9 - Euvativerg		<input checked="" type="checkbox"/> C. 06				
	10 - CC.G & + SS.UU		<input checked="" type="checkbox"/> C. 07				
	11 - Paciente melhora - Afaz. hipotofar		<input checked="" type="checkbox"/> C. 08				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 09				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 10				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 11				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 12				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 13				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 14				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 15				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 16				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 17				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 18				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 19				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 20				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 21				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 22				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 23				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 24				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 25				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 26				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 27				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 28				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 29				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 30				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 31				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 32				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 33				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 34				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 35				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 36				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 37				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 38				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 39				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 40				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 41				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 42				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 43				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 44				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 45				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 46				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 47				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 48				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 49				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 50				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 51				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 52				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 53				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 54				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 55				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 56				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 57				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 58				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 59				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 60				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 61				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 62				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 63				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 64				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 65				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 66				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 67				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 68				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 69				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 70				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 71				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 72				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 73				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 74				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 75				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 76				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 77				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 78				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 79				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 80				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 81				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 82				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 83				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 84				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 85				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 86				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 87				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 88				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 89				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 90				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 91				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 92				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 93				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 94				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 95				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 96				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 97				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 98				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 99				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 100				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 101				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 102				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 103				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 104				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 105				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 106				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 107				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 108				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 109				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 110				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 111				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 112				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 113				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 114				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 115				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 116				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 117				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 118				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 119				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 120				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 121				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 122				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 123				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 124				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 125				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 126				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 127				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 128				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 129				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 130				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 131				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 132				
			<input checked="" type="checkbox"/> C. 133				



## Diagnóstico

Fx proximal de úmero esquerdo

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Willian Araújo Silva

Alojamento 02

Leito 03

Convenio CONVENIO

Prescrição Médica

Data 17/07

1- Dieta livre

2- Paracetamol 1cp VO 8/8H

3- Tilatil 20 mg IV S/N

4- CCLGG + SSUV

Horário

CT

12/12

12/12

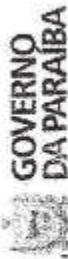
5/5

CT

Evolução Médica

Presente em EGOS. Necessidade de uso de colchão.  
Paciente voltou na quinta feira dia 19/07/2018.  
O paciente apresenta:

Café da manhã  
Café



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

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

## Diagnóstico

Ex proximal de Úmero esquerdo	COMPRENSO
COMPRENSO	PREVENÇÃO
COMPRENSO	SEGURO
COMPRENSO	PROJETO
01/07/2018	PROJETO
01/07/2018	PROJETO

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente | Willian Araújo Silva

Data	Prescrição Médica
18/07	
	1- Dieta livre
	2- Paracetamol 1cp VO 8/8H Faixa no hospital
	3- Tilatil 20 mg IV S/N
	4- CCGG + SSVV

Data	Prescrição Médica

Raios X de esbelho hemorragico  
prof. Leonor Menezes  
Dg: Fractura armada.

Gordofa: Mauh et

J  
Dr. Cristóvão Barbosa da Silva  
Dr. Cristóvão Barbosa da Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
Ortopedia e Traumatologia  
Cidade 2333 - CEP 55311-140



DIAGNÓSTICO

ESQUINA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## Diagnóstico

Exame

Procedimento

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

8/12 9/12 PRE OP

#### ALA ORTOPÉDICA

Paciente: Umuarama Anojo

Convênio

#### ALTA ORTOPÉDICA

Alojamento

Leito

3

Convênio

#### Prescrição Médica

Data

Horário

#### Evolução Médica

#ORTOPEDIA# DIH:

- 1 DIETA Líquida
- 2 JELCO SALINIZADO
- 3 DIPHRONA 1G + AD IV 6\6H SUSP
- 4 NAUSEFDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SIN
- 5 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM SUSP
- 6 TILATIL 20MG + AD IV 12\12H SIN
- 7 FISIOTERAPIA MOTORA
- 8 SSVV CCGG
- 9 TRAMAL 100MG + 100ML SE 0,9% IV 8\8H SIN
- 10 CLEXANE 40MAG SC AS 20H SUSP  
11 Bonacorone 750mg VO 8/8H
- (Handwritten notes: No edema, pain relief, vent.)*



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico

~~That's my city.~~

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Nome do Paciente William Araújo Bento		Nº Prontuário
Data da Operação 12/10/2018	Enf. 2	Leito 3
Operador Dr. Sandro	1º Auxiliar Dr. Sérgio (não)	
2º Auxiliar Dr. Anderson	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório Fratura aberta (F)		
Tipo de Operação Ortopédica		
Diagnóstico Pós-Operatório Cerrado		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato Sim		
Acidente Durante a Operação Não		

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Paciente em ORT, não anestesiado
- 2) Abreço + amboína e aspiração de sangue intraoperatório
- 3) Entrada com via de abordagem (F) + drenagem diafisária + luxação.
- 4) Redireção curva de Fx + osteosíntese com placa ilíaca + ferro-níquel fixando 3 F + prótese, tal fratura.
- 5) Encerrado de Fx com 3 F + redução da luxação.
- 6) Entrega para Gláucio
- 7) Encerrado

Dr. Everlan Mello  
M.R. Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9908



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA

LEITO

Nº PRONTUÁRIO

1686720

FOLHA DE  
ANESTESIA

NOME

William Philip Sbr

IDADE

18

SEXO

M

COR

B

DATA 24/11/18

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

PESO

ALTURA

TIPO SANGUÍNEO

HEMÁCIAS

HEMOGLÓSINA

HEMATÓCRITO

GLICEMIA

UREIA

OUTROS

URINA

Magro e  
dimorfo

AP. RESPIRATÓRIO

ASMA

BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO

ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO

—

DENTES

PESCOÇO

AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL

Consciente

ATARÁXICOS

CORTICOIDES

ALERGIA

HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Ex-jívere maxilar

ESTADO FÍSICO

RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

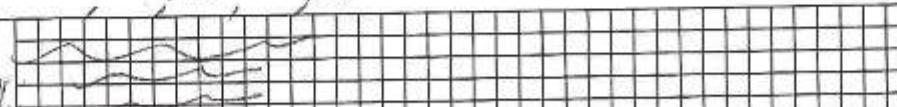
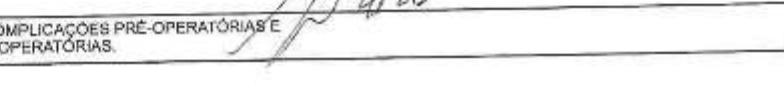
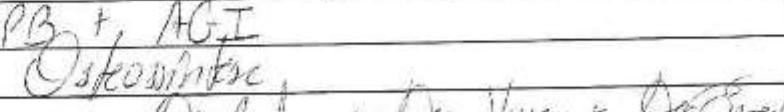
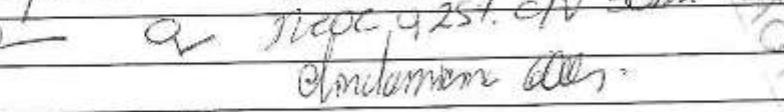
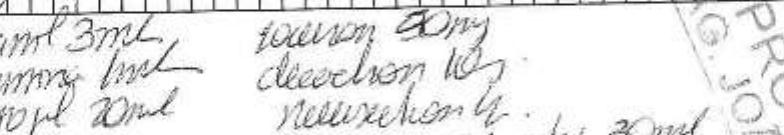
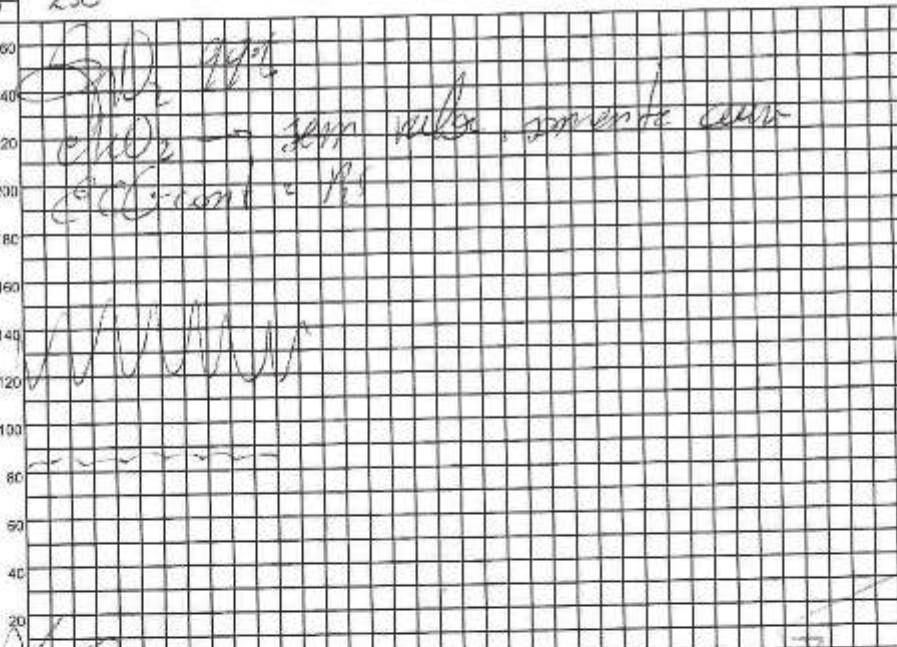
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

APLICADA

AS

EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS

CÓDIGOS  
VP. ARTERIAL: O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO  
AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃOSÍMBOLOS  
E ANOTAÇÕESdextam 3ml  
ketamina 1ml  
propofol 20mltacuron 40mg  
decrecion 10s

resusciação 4.

recep 425 c/v 300ml

cuidado com 100.

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a



## **MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento  
9596

Hospital: de Carregado e Souza de C. C. Código: \_\_\_\_\_  
Procedimento: Int. Cr. Com filarula Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_  
Paciente: Willian Braga Silva  
Data da Cirurgia: 29/04/18 Nº prontuário: 1886-30 Convênio: \_\_\_\_\_  
Cirurgião: Dra. Brandy Código: \_\_\_\_\_  Reposição  Caixa Pronta

## **DESCRICA DE PRODUTOS UTILIZADOS**

## **ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS**

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS**

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para: \_\_\_\_\_

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

## Anotações do Médico

**Anotações do Médico**

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: William Araújo Silva DN 05111199					GOVERNO DA PARAÍBA
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
			38	1686720	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
CIRURGIA	Osteossíntese ombrão esquerdo		CIRURGÃO	Dr. Yury + Dr Andrey	
ANESTESIA	Alucetia + geral		ANESTESIA	Sara Isabela	
INSTRUMENTADORA	DATA		INICIO	FIM	
	24/10/718		19:40	21:50	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS
01	Adrenalina amp.	01	Calel. p/ Óxg.	01	Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.	08	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
01	Dimora-amp. Sedativa		Compressa Pequena		Catgut Simples
01	Dolantina amp.		Coloide		Catgut Simples Sertix
01	Efenant Recurso		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Cera p/ osso
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Ethibond
02	Inova ml propofol	01	Dreno Pozzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogolas		Ethibond
01	Mercaina 1% 10ml		Equipo de Macrogolas		Fio de Algodão Sertix
	Nubatin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sutupak
	Protigmine amp.	05	Espadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak
01	Pratoxido 1ml Remanifestante		Furacim ml		Fita cirúrgica
	Quelcain ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades	02	Mononylon 2-0
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O ml		Mononylon
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Prolene Serfix
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		
50	Aqua Destilada amp. 2ml		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix
	Flaxidol amp.	05	Luvas 7.5		Vicryl Serfix
	Flebocortil amp.	03	Luvas 8.0		Vicryl Serfix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.	1C	Oxigênio l/m		
	Glucos de Cálcio amp.	01	Polifix		
	Haemaccel ml.	05	PVPI Degemante ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qty.	SOROS
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico	01	SG Normotérmico fr 500 ml 250
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotinazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
01	Pless amp. nausédron	02	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml
	Reivan amp.		Sonda		025Fp/lavar
	Stupitanor amp.		Sonda Foley	Qty.	ORTSESE E PRÓTESE
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica		
02	Tenoxicam 20	01	Sonda Uretral nº 16		
			Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml		
01	Aguilha desc. 25x7 40X12	02	Gelcon 18		
	Aguilha desc. 28 x 28	05	Latese		EQUIPAMENTOS
	Aguilha desc. 3 x 4.5	01	eletrodeos		( ) Oxímetro de Pulso
	Aguilha p/ raque nº	01	Fundo aramado N 8.0		( ) Serra
05	Alcool de Enfermagem 70-1	01	escalpê nº 21		( ) Desfibrilador
	Alcool Iodado ml	01	eltrô		( ) Foco Auxiliar
04	Ataduras de Crepon 20cm	1			( ) Eletrocautério
	Ataduras de Gessada				( ) Oxicapiôgrafo
	Azul metíleno amp.				( ) Cardiomonitor
	Benzina ml				( ) Perfurador Elétrico

Francisco José da Silva  
CORER-PB 190.440  
RESPONSÁVEL  
CORER-PB 190.440

## Diagnóstico

**Fx: Úmido proximop ③**

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

**26/20**

**Paciente: Wellington Almeida Silveira**

**Alojamento: 2**

**Convênio: DIA: 102**

#### Prescrição Médica

#### Evolução Médica

**24/04**

1. Dieta livre até as 10:00h

**Horário:**

Cx

S/N

Cx

Cx

Cx

Cx

Cx

Cx

Cx

Cx

S/N

Cx

Cx

Cx

Cx

Cx

Cx

Prescrito para o paciente o procedimento de  
unidade ortopédica, com medicação.

CD: UPN + Dr. Eventualmente Dr. Ortopédia. Traumatologia.

Mês: Maio





SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico

Ex: Wine pharm €

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Wiliam Bruno Sulca Alojamento 2 Leito 3 Convênio JHS DIH

Data	Prescrição Médica	Evolução Médica	
		Horário	1º DPO
25/04	1. Portas livres		
	2. SF 0,9% 1000 ml em 24 h	07:00	
	3. Fludomicina 60mg ev 6/6 hs	07:00	Paciente estável, LO+ve, ECG B.
	4. Tiotice Unicare +AD ev 10/12 hs	07:00	Alergia profunda amiodarico.
	5. Metoclopramida 1 FA +AD ev 8/8 hs	07:00	
	6. Omeprazol 40mg + AD ev 1 vez	07:00	
	7. Mann. p/la infusão		
	8. CCOG + SSIVU		
	9. Enzimáticas diarias (suspenso)		

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

EX. Número 00000000000000000000000000000000	DATA 01/01/2018
COMPRA SEGURADORES COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA	

Williamz Orsiro SIlva

Alojamento

Leito

Convênio

COMPRA  
SEGURADORES  
COMPROVANTE  
DE PREVIDÊNCIA

Horário

Evolução Médica

Prescrição Médica

PROTOCOLO  
PESSOAL

13/07

Clínica

PROTÓCOLO  
PESSOAL

1- Gluta 0,5g

01/07/2018

PROTÓCOLO  
PESSOAL

2- Glu Injimigato

01/07/2018

PROTÓCOLO  
PESSOAL

3- Ibutal 20mg EV 1x dia (jelly)

01/07/2018

PROTÓCOLO  
PESSOAL

4- Chlorgest 10mg EV 1x dia (jelly)

01/07/2018

PROTÓCOLO  
PESSOAL

5- Chloraquina 100mg EV 6/64

01/07/2018

PROTÓCOLO  
PESSOAL

6- Pentamidina 200mg EV 2x1204

01/07/2018

PROTÓCOLO  
PESSOAL

7 - SSVV + CC60

01/07/2018

PROTÓCOLO  
PESSOAL

*Dr. Williamz Orsiro SIlva*

*Dr. Williamz Orsiro SIlva*

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Examiner's Report



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

ALLEGATO A DILKOKNA.

ALERGICO A DINKO

Diagnóstico

EV Home's predicted Ⓛ

946

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30/07	1- Sesta Lute	06:00	
	2 - SRL 500 mg 1x12h	08:00	
	3- tablet 20mg EV 1x12h	08:00	
	4- Chinesque 40 mg EV 1x12h	08:00	
	5- SSVV + CCGC.		
	6- Clorfenamina 600mg +AD EV 6/64	11:00	
	7- Glutammina 240mg + SF EV 1x12h	16:00	
	8 - 55 UU	18:00	
			Aj



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

卷之三

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente WILHELM ANTONIO SIVA Alojamento J







SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

for winter project (5)

300

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

July 20, 1913

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
6/1	1 DIETA LIVRE	0600	
	2 JELCO SALINIZADO N° 18		29 DTH
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H		
	4 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H (105g UNID)		B66, Estúpore, et dor lumb
	5 TIAZILO 20MG + ABD EV 12/12H (105g UNID)		57 disformia
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN		Dureza e evasivas (+)
	7 NAUSEDRON 8mg/ml-1FA + ABD EV 8/8H SN		
	8 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM HELUM		
	9 CLEXANE 40MG SC IX DIA (100ml UNID)		Up 101
	10 MUDANÇA DE DESEMBOLHO 2/2H (suspira)		Aquenta canapir
	11 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE		
	12 CURATIVO DIÁRIO (suspira)		
	13 SSAV + CGCG		
	14 SSAV 240 ml + SF 02 1x/dia	18	

DR. VIVIENNE  
WILLIAMS

ग्रन्थालय



# Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Wilson Fernan Bragaq S. J. da C.

Data	Prescrição Médica
01/02/18	① Diclo 300g 1x/dia
② Gelco salinizado	
③ Cromol 100mg + 100ml soro qd.	
IV 8789	
④ SSVV + CC66	
⑤ Honevedon 1 Drip + AD IV 8189 (5ml)	
⑥ Colchicina 600mg IV 6666	
⑦ Gentamina 200mg IV 6666	

Paciente	Unidade	Nome	Sobrenome	Sexo	Idade	Alojamento	Companheiro	Litio	Convênio

## Evolução Médica

CD: VPR; Rx: 1000mg de Amoxi

Rx:

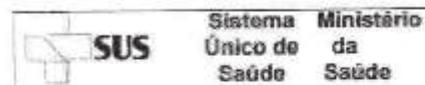
# Admissão e  
Rx: Rofecoxib 250mg com duração em  
dolores 24 horas -

Rx: evidência de infecção de  
dolores regulares

Obs: relato de dor no ombro e dor nas costas e dor nas articulações.

Dr. Euler Fabrício A. Cruz  
MR-ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9907

Dr. Euler Fabrício A. Cruz  
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9907

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

4 - CNES

2362856

## 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

WILLIAM ARAUJO SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1686768

7 - CARTÃO DO SUS

707007827731130

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/11/1999

9 - SEXO

Masc Fem 

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

ANA CRISTINA DA SILVA

11 - FONE DE CONTATO

DDA N° DE TELEFONE

83

12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO)

TRAVESSA CONIGO PEQUENO , 32 , BELA VISTA

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Foi atendido no ambiente clínico devido a queixa de dor no ombro esquerdo e dor lombar com intensidade de 7/10 na escala de um a dez.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dor no ombro e dor lombar com intensidade de 7/10 na escala de um a dez.

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

Exames:

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Exame de rotina normal.

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Intervenção hospitalar.

CRM-PB 9507  
Dr. Euler Fabricio A. Cruz  
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

26 - CLÍNICA

02

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

( ) CNS ( ) CPF

28 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSENTE

20742892250018

29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSENTE

CRM-PB 9507

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/07/2018

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/07/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM-PB 9507

EULER FABRICIO ALVES CRUZ

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

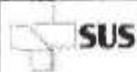
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

Data da internação: 04/07/2018 Hora: 21:21:12



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES**

2 - CNES  
**2362856**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES**

4 - CNES  
**2362856**

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
**WILLIAM ARAUJO SILVA**

6 - N° DO PRONTUÁRIO  
**1686768**

7 - CARTÃO DO SUS  
**707007827731130**

8 - DATA DE NASCIMENTO  
**05/11/1999**

9 - SEXO  
Masc  Fem   
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
**ANA CRISTINA DA SILVA**

11 - TELEFONE DE CONTATO  
DDD **83** N° DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO)  
**TRAVESSA CONIGO PEQUENO , 32 , BELA VISTA**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
**Campina Grande**

14 - CÓD. SIGE-MUNICÍPIO 15 - UF  
**250400 PB 58400002**

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doente se entende o queijo de dor no ombro esquerdo e vai com evidência de formação de edema muscular.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dor no ombro e mal feito e dor de magia

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

Em andamento

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

**Fx de úlceras pectoral L**

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

**Internação hospitalar**

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

**02**

28 - DOCUMENTO

(X) CNS ( ) CPF

29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

**207428922250018**

Dr. Euler Fabricio A. Cruz

CRM-PB 9907

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

**EULER FABRICIO ALVES CRUZ**

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

**04/07/2018**

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

**Euler Fabricio Alves Cruz**

CRM-PB 9907

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

01 JEL. 2018  
PROTÓCOLO  
INTERNAÇÃO PESSOAL  
COMPRENSIVO  
SEGURADO PREVIDENCIÁRIA





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E  
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: William Souza  
Enfermaria: 2- Leito: 3 Data: 10/04/18

<input type="checkbox"/> Avaliar distorção abdominal.	<input type="checkbox"/> ) Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação batanteadas e não irritante.	
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).	
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.	<input type="checkbox"/> ) Melhora a aceleração alimentar.
<input type="checkbox"/> Atenhar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavallar em 30 minutos).	
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).	<input type="checkbox"/> ) Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.	<input type="checkbox"/> ) Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.	<input type="checkbox"/> ) Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.	
<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"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.	
<input type="checkbox"/> ) Aplicar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.	<input type="checkbox"/> ) Melhoria da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavallar dor após administração da medicação.	<input type="checkbox"/> ) Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antiérgicos, avaliar e registrar os resultados.	
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.	<input type="checkbox"/> ) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<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 type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.	<input type="checkbox"/> ) Mobilitade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.	<input type="checkbox"/> ) Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.	<input type="checkbox"/> ) Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.	<input type="checkbox"/> ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<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 freqüência 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"/> ) Diminuir o risco de infecção.
<input checked="" 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"/> ) Diminuir o risco de queda.
<input checked="" 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"/> ) Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.	
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.	
<input type="checkbox"/> ) Outros	<input type="checkbox"/> ) Outros
<input type="checkbox"/> ) Outros	<input type="checkbox"/> ) Outros



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: William Araújo | Registro: | Leito: 2-3 | Setor Atual: UTI

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 120x98 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:  Isocôricas  Anisocôricas  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

Eupnênia  Taquipnêia  Bradipnêia  Dispneia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva | Expectorção:  Quantidade e aspecto:

Dreno de tórax:  D  E  Selo d'água:

Aspiração: Quantidade e aspecto:

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora: / /

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação:

##### SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação:

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )			
Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____	Precordialgia ( )		
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: _____	Data da punção ____/____/____		
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações: _____			
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>			
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.			
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____			
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros: _____			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros: _____			
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados			
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros: _____			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h;			
Aspecto: ( ) Outros: _____ Observações: _____			
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>			
Condição da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:			
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> 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: ____/____/____
<b>CUIDADO CORPORAL</b>			
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações: _____			
Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória	Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.		
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro: _____			
<b>SONO E REPOUSO</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações: _____			
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>			
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros: _____		
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>			
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>			
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações: _____			
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Liliane C. de Queiroz e Melo COREN-PB 337474-ENF			
DATA: 13/07/18			
HORA: ____ h			



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E  
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE**



DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Leito: 3 Data: 13/07/18

Paciente: W. J. M. G.

0 / 02L, L616

Leito: 33 Data: 10-11-2008

6

main

<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"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).	
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.	<input type="checkbox"/> ) Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).	<input type="checkbox"/> ) Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).	<input type="checkbox"/> ) Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.	<input type="checkbox"/> ) Controle da dor (melhorada / ausente).
<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"/> Expor ao paciente as possíveis causas da dor.	
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.	
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinal vital.	
<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"/> ) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.	<input type="checkbox"/> ) Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.	<input type="checkbox"/> ) Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.	<input type="checkbox"/> ) Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.	<input type="checkbox"/> ) Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.	<input type="checkbox"/> ) Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.	<input type="checkbox"/> ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<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 freqüência 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 type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	<i>Bruno B. S. L. C. Ricardo P. G. C.</i>
<input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	<input type="checkbox"/> ) Diminuir o risco de infecção.
<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.	<i>Ricardo P. G. C.</i>
<input type="checkbox"/> Contar o paciente quando necessário.	<input type="checkbox"/> ) Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.	
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.	<input type="checkbox"/> ) Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.	<input type="checkbox"/> ) Outros
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> ) Outros
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> ) Outros

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:	William Araújo	Registro:	Leito:	2-3	Setor Atual:	OB/TO II
Idade:	Sexo:	Cor:	Estado Civil:	Naturalidade:	Profissão:	
Procedência: ( ) Vermelha ( ) Amarela ( ) Verde ( ) UTI ( ) CC ( ) Ala:			( ) Residência ( ) Outro			
Data da internação hospitalar: / /			Data da internação no setor: / /			
Tem um cuidador/Responsável: ( ) Quem?						
Telefone:		Tem acesso a uma UBS: ( ) Qual:				

## 2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: ( ) Motivos:	Alergias: ( ) Qual:
Doenças: ( ) HAS ( ) DM ( ) DPOC ( ) Cardiopatia ( ) Obesidade ( ) Tabagista ( ) Ex-tabagista ( ) Neoplasia ( ) Alcoolismo ( ) Drogadição ( ) Outros:	Medicações em uso:

## 3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar):

## 4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 160x80 mmHg; FC: bpm; SpO2: %	Obs.: AG. JOÃO PESQUIDA
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm	Dor: ( ) Local:

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

## 5. 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: Alteração: ( ). 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 ( ) Bracipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuidos ( ) 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 tórracica:

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

AG. JOÃO PESQUIDA  
 01 DEZ. 2018  
 COMPRENSÃO  
 SEGURO E PREVENÇÃO  
 PROTOCOLO  
 PESQUIDA

<b>SEGURANÇA FÍSICA</b>	
(-) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:	
<b>REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR</b>	
Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Fisiiforme ( ) Cheio.	
Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais?	Precordialgia: ( )
Ausculta cardíaca: ( ) Ritmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção ____ / ____ / ____	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: ( ) V.O ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) 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 ( ) Constipação há ____ dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros:	Observações:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
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: ____ / ____ / ____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória	
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Liliane C. de Queiroz e Melo</i> Liliane C. de Queiroz e Melo COREN-PB-557474-EMF	
DATA: <u>15/07/18</u> HORA: ____ h	

**HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**
**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: <u>JOAO JOSSEIN</u>	Registro:	Leito: <u>2-4</u>	Selar Atual: <u>OBTO.4</u>		
Idade: <u>52</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>	Estado Civil: <u></u>	Naturalidade: <u></u>	Profissão: <u></u>
Procedência: <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Ala:			<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Outro		
Data da internação hospitalar: <u>/ /</u>			Data da internação no setor: <u>/ /</u>		
Tem um cuidador/Responsável: <input type="checkbox"/> Quem?					
Telefone: <u></u>	Tem acesso a uma UBS: <input type="checkbox"/> Qual?				

**2. HISTÓRIA PREGRESSA**

Internações prévias: <input type="checkbox"/>	Motivos: <u></u>	Alergias: <input type="checkbox"/> Qual?
Doenças: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Tabagista <input type="checkbox"/> Ex-tabagista <input type="checkbox"/> Neoplasia	<input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Drogadição <input type="checkbox"/> Outros:	Medicações em uso: <u></u>

**3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL**

Queixa principal (motivo da internação hospitalar):

**4. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax: <u>  </u> °C; P: <u>  </u> bpm; FR: <u>  </u> irpm; PA: <u>  </u> mmHg; FC: <u>  </u> bpm; SPO2: <u>  </u> %
HGT: <u>  </u> mg/dt; Peso: <u>  </u> Kg; Altura: <u>  </u> cm Dor: <input type="checkbox"/> Local: <u></u> Obs.: <u></u>

**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**
**5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS**
**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

Nível de consciência:  Consciente  Orientado  Confuso  Letárgico  Torporoso  Comatoso  Outro

GLASGOW(3-15):    Drogas (Sedação/Analgesia):

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia. Local:

Linguagem: Alteração:  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 cmH<sub>2</sub>O

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

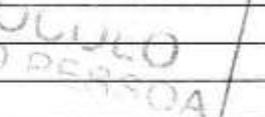
Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

**PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

PROTÓCOLO  
JOÃO JOSSEIN  
01 SEZ. 2018  
COMPRENSÃO  
SECURIZAÇÃO  
PREVENÇÃO

<b>SEGURANÇA FÍSICA</b>	
Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:	
<b>REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR</b>	
Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.	
Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais?	Precordialgia: ( )
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) 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:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
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: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória   Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
DATA: 15/07/18 HORA: _____ h	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
 Liliane C. de Queiroz e Melo COREN-PB 03474-ENF	

<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"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).	<input type="checkbox"/> ) Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.	<input type="checkbox"/> ) Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).	<input type="checkbox"/> ) Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).	<input type="checkbox"/> ) Controle da dor (melhorada / ausente)
<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"/> 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"/> ) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.	<input type="checkbox"/> ) Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.	<input type="checkbox"/> ) Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.	
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.	<input type="checkbox"/> ) Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	<input type="checkbox"/> ) Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.	<input type="checkbox"/> ) Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.	<input type="checkbox"/> ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<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 type="checkbox"/> ) Diminuir o risco de infecção.
<input checked="" type="checkbox"/> Irigar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	<input type="checkbox"/> ) Melhora do padrão do sono.
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicamentos.	
<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"/> ) Diminuir o risco de queda.
<input checked="" type="checkbox"/> Manter as gárgaras 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 e/ou manutenção CPM.	
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> ) Outros
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> ) Outros



Evolução de Enfermagem

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Willian Araújo Silveira Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 2 - 3 Setor Atual: ORTO II

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax:	°C; P:	bpm; FR:	lpm; PA: <u>140/70</u> 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:  Isocôricas ( ) Anisocôricas ( ) 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

( ) VMI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

Eupnêia; ( ) Taquipnêia ( ) Bradipnêia ( ) 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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

**PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**

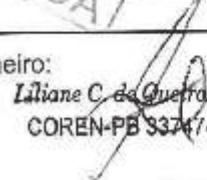
Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:

**SEGURANÇA FÍSICA**

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

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

P脉:  Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

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. Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? _____ Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <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: <u>braço</u> . Data da punção ____/____/____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> N&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"/> Normotenso <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 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:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input 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 <b>Turgor da pele:</b> <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas <b>Manifestações de sede:</b> <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: ____/____/____
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
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 <b>Higiene Corporal:</b> <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( )Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada <b>Sentimentos e comportamentos:</b> <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
____/____/____ Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p style="text-align: center;">COMPRENSÃO 07-07-2013 PROJETO AG. JOÃO PESSOA</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  Liane C. da Cunha e Melo COREN-PB 337474-ENF	
DATA: <u>19/07/18</u> HORA: ____ h	



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E  
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE**

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Willian Souza	Enfermaria: 2	Leito: 3	Data: 09/10/18
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 ( ) Fatores biológicos ( ) Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( ) Fatores psicológicos ( ) Outro ( )	Anorexia ( ) Cavidade bucal ferida ( ) Dor abdominal ( )	Dor abdominal ( ) Diarreia ( ) Outro ( ) Mucosas pálidas ( )
3 Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ( ) Dar ( ) Fraqueza ( ) Outro ( ) Ansiedade ( )	Incapacidade de acessar o banheiro ( ) Incapacidade de lavar o corpo ( )	Outro ( ) Alterações na pressão sanguínea ( ) Outro ( ) Relato verbal de dor ( )
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ( ) Outros ( )	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( ) Taquicardia ( ) Destruição de camadas da pele ( ) Rompimento da superfície da pele ( ) Dificuldade para virar-se ( ) Movimentos descontrolados ( )	Taquipneia ( ) Invasão de estruturas do corpo ( ) Outro ( ) Outro ( ) Invasão de estruturas do corpo ( ) Outro ( ) Dispnéia ao esforço ( ) Outro ( ) Dispnéia ( ) Batimento de asa de nariz ( ) Ontopnélia ( ) Outro ( )
5 Hipertermia	Anestesia ( ) Desidratação ( ) Trauma ( ) Outro ( ) Aumento da taxa metabólica ( )		
6 Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ( ) Circulação prejudicada ( ) Hipotermia ( ) Imobilização física ( ) Outro ( ) Ansiedade ( ) Desconforto ( ) Rigidex articular		
7 Mobilidade Física prejudicada	Prejuízos músculo esquelético ( ) Desuso ( ) Outro ( ) Ansiedade ( ) Dor ( ) Fadiga ( ) Obesidade ( ) Outro ( )		
8 Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ( ) Dor ( ) Fadiga ( ) Obesidade ( ) Outro ( )		
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ( ) Quelmiduras ( ) Vômito ( ) Diarreia ( ) Drenos ( ) Outros ( )		
10 Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ( ) Procedimentos invasivos ( )	Defesas primárias inadequadas ( ) Outro ( )	
11 Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ( ) Extremos da idade ( ) Agitação/Desorientação ( )	Medicações ( )	
12 Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ( ) Ruido ( )	Outro ( )	Mudança do padrão normal do sono ( ) Outro ( ) Relatos de dificuldade para dormir ( )

<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.	
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.	
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).	
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e mediar CPM.	
<input type="checkbox"/> Atentar 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"/> 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.	
<input 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 freqüência 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 checked="" 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	
<input type="checkbox"/> Outros	
<input type="checkbox"/> Maria José da Silva Freitas COREN-PB 642016-TE	
Código e assinatura do Enfermeiro(a): <u>Liliane C. da Cunha Cruz e Melo</u> COREN-PB 337474-EME	



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: William A. Silva | Registro: 2 | Leito: 3 | Setor Atual: Orto II

## 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: () Isocôricas () Anisocôricas () 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 cmH<sub>2</sub>O

() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispneia () 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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> 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

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

COMPREENSÃO SEGUROSE PREVIDENCIAS  
01.12.2018  
PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA  
AG

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 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"/> ) Arritmica ( <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 ____ / ____ / ____	
Edema: ( <input type="checkbox"/> ) MMSS ( <input type="checkbox"/> ) MMII ( <input type="checkbox"/> ) Face ( <input type="checkbox"/> ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Nutrido ( <input type="checkbox"/> ) Emagrecido ( <input type="checkbox"/> ) Caquético ( <input type="checkbox"/> ) Obeso.	
Dentição: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Completa ( <input type="checkbox"/> ) Incompleta ( <input type="checkbox"/> ) Prótese.	
Alimentação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) VO ( <input type="checkbox"/> ) SNG ( <input type="checkbox"/> ) SNE ( <input type="checkbox"/> ) Gastrografia ( <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"/> ) Normotenso ( <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:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( <input 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 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: ____ / ____ / ____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
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 checked="" type="checkbox"/> ) Satisfatória ( <input type="checkbox"/> ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( <input type="checkbox"/> ) Acamado ( <input type="checkbox"/> ) Cadeira de rodas ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( <input checked="" type="checkbox"/> ) Preservado ( <input type="checkbox"/> ) Insônia ( <input type="checkbox"/> ) Dorme durante o dia ( <input type="checkbox"/> ) Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
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:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( <input type="checkbox"/> ) Praticante ( <input type="checkbox"/> ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p><i>07-02-2013</i></p> <p><i>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:</i></p> <p><i>Dalvani Soares de Souza</i></p> <p><i>TE: 1101111111111111</i></p> <p><i>Enfermeira</i></p> <p><i>Enferm-PB 7500072</i></p> <p><i>Dalvani</i></p> <p><i>Carimbo N. 1101111111111111</i></p> <p><i>Enfermeira</i></p> <p><i>Enferm-PB 122482</i></p> <p><i>DATA: 22/03/18</i></p> <p><i>HORA: _____ h</i></p>	



DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

**HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E  
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE**

Decision

Enfermaria

Data: / /

Anamnese e Exame Físico					
	Sintomas e Sintomas Sistêmicos				
	Sintomas Sistêmicos				
1	Constipação	Diuréticos ( )	Desidratação ( )	Estresse ( )	Outro ( )
	Hábitos de evacuação irregulares ( )				
	Fatores biológicos ( )				
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )			
	Fatores psicológicos ( )				
	Fatores neuromuscular ( )				
3	Deficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ( )	Dor ( )	Fraqueza ( )	Outro ( )
	Ansiedade ( )				
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ( )			
	Outros ( )				
5	Hipertensão	Anestesia ( )	Desidratação ( )	Trauma ( )	Outro ( )
	Aumento da taxa metabólica ( )				
	Extremos de idade ( )				
6	Integridade da pele prejudicada	Circulação prejudicada ( )			
	Hipotermia ( )				
	Ansiedade ( )				
7	Mobilidade Física prejudicada	Hipotermia ( )	Imobilização física ( )	Outro ( )	
	Ansiedade ( )				
	Prejuízos músculo esquelético ( )				
8	Padrão respiratório ineficaz	Desconforto ( )	Desuso ( )	Rigidez articular ( )	
	Ansiedade ( )				
	Dor ( )				
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ansiedade ( )	Queimaduras ( )	Vômito ( )	Diarréia ( )
	Drenos ( )				
	Outros ( )				
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ( )			
	Procedimentos invasivos ( )				
	Outro ( )				
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ( )			
	Extremos da idade ( )				
	Agitação/Desorientação ( )				
	Medicações ( )				
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ( )			
	Ruído ( )				
	Imobilização física ( )				
13	Outro				
14	Outro				

**Evolução de Enfermagem**
**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Willian Araújo Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 0203 Setor Atual:

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax: 36 °C; P: 78 bpm; FR: 18 irpm; PA: 135x82 mmHg; FC: 78 bpm; SPO2: 98%  
 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

Eupnênia; ( ) Taquipnêia ( ) Bradipnêia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

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

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

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | Expectorção: ( ) 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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

**PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**

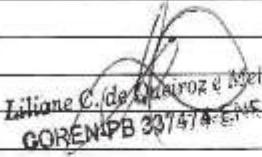
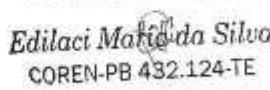
Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:

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

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

P脉:  Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____ Precordialgia ( )	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: _____ Data da punção: <u>24/07/18</u>	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____ Data: ___/___/___	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros: _____ Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica   <b>Turgor da pele:</b> ( ) Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas ( ) Secas   <b>Manifestações de sede:</b> ( ).	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: <u>Ombro D - limpida</u>   Curativo em: <u>25/07/18</u>	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ___/___/___	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ___/___/___	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória   <b>Higiene Corporal:</b> ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada   <b>Sentimentos e comportamentos:</b> ( ) Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <u>COMPROMISSO E SECURIZAÇÃO</u> ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
07 JUN 2018	
<b>PROTOCOLO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b>	
 Liliane C. de Oliveira e Melo COREN-PB 337474-E-MS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <u>25/07/18</u> HORA: _____ h
 Edilaci Matos da Silva COREN-PB 432.124-TE	

Paciente: WILIAN VIEIRA

Data: 25/07/18  
Leito: 3 | Enfermaria: 2

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 ( )	Cavidade bucal ferida ( )	Dor abdominal ( )	Dor abdominal ( )	Outro ( )
3	Déficit no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ( )	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )	Dor abdominal ( )	Diarréia ( )	Mucosas pálidas ( )	Mucosas pálidas ( )	Outro ( )
4	Dor aguda	Fatores psicológicos ( )	Outro ( )	Fraqueza ( )	Outro ( )	Incapacidade de acessar o banheiro ( )	Outro ( )	Incapacidade de lavar o corpo ( )
5	Hipertermia	Prejuízo neuromuscular ( )	Dor ( )	Ansiedade ( )	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ( )	Alterações na pressão sanguínea ( )	Outro ( )	Relato verbal de dor ( )
6	Integridade da pele prejudicada	Outros ( )	Anestesia ( )	Desidratação ( )	Trauma ( )	Outro ( )	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( )	Taquipneia ( )
7	Mobilidade Física prejudicada	Aumento da taxa metabólica ( )	Extremos de idade ( )	Circulação prejudicada ( )	Taquicardia ( )	Taquipneia ( )	Outro ( )	Outro ( )
8	Padrão respiratório ineficaz	Hipotermia ( )	Imobilização física ( )	Outro ( )	Destruição de camadas da pele ( )	Invasão de estruturas do corpo ( )	Rompimento da superfície da pele ( )	Outro ( )
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ansiedade ( )	Desconforto ( )	Rigidez articular	Dificuldade para virar-se ( )	Dispneia ao esforço ( )	Movimentos descontrolados ( )	Outro ( )
10	Risco de infecção	Prejuízos músculo esquelético ( )	Desuso ( )	Outro ( )	Alterações na profundidade respiratória ( )	Batimento de asa de nariz ( )	Ortopneia ( )	Dispnéia ( )
11	Risco de queda	Ansiedade ( )	Dor ( )	Fadiga ( )	Obesidade ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )
12	Padrão de sono prejudicado	Ascite ( )	Quelmaduras ( )	Vômito ( )	Diarréia ( )			
13	Outro	Drenos ( )	Outros ( )					

<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.	<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).	<input type="checkbox"/> ) Obtenção da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e mediar CPM.	<input type="checkbox"/> ) Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Alentar 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"/> ) Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.	<input type="checkbox"/> ) Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.	<input type="checkbox"/> ) Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.	<input type="checkbox"/> ) Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.	<input type="checkbox"/> ) Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.	<input type="checkbox"/> ) Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.	<input type="checkbox"/> ) Melhora da perfusão sanguínea.
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.	<input type="checkbox"/> ) Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	<input type="checkbox"/> ) Risco de des equilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.	
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.	<input type="checkbox"/> ) Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.	<input type="checkbox"/> ) Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	<input type="checkbox"/> ) Melhora da perfusão sanguínea.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.	<input type="checkbox"/> ) Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.	<input type="checkbox"/> ) Diminuição do risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.	<input type="checkbox"/> ) Melhora da perfusão sanguínea.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.	<input type="checkbox"/> ) Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.	<input type="checkbox"/> ) Risco de des equilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<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 freqüência cardíaca).	<input type="checkbox"/> ) Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hidrico.	
<input type="checkbox"/> Observar o local da fenda/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	<input type="checkbox"/> ) Melhora do padrão do sono.
<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 medicamentos.	
<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 checked="" 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 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	<input type="checkbox"/> ) Outros
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> ) Outros
<input type="checkbox"/> Língua C. de Ribeiro Matos	
Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):	COREN-PB 337474-ENF



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: William Araújo Registro: 2 Leito: 3 Setor Atual: Interno

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax:	°C; P:	bpm; FR:	lpm; 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

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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> 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

P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.

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 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					
Cateter vascular:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico					
Edema:	<input type="checkbox"/> MMSS					
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>						
Tipo somático:	<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido					
Dentição:	<input checked="" type="checkbox"/> Completa					
Alimentação:	<input type="checkbox"/> VO					
Alterações:	<input type="checkbox"/> Inapetência					
Abdômen:	<input type="checkbox"/> Normotenso					
RHA:	<input type="checkbox"/> Normoativos					
Eliminação intestinal:	<input type="checkbox"/> Normal					
Eliminação urinária:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea					
Aspecto:	<input type="checkbox"/> Outros:					
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>						
Condição da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Integra					
Coloração da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada					
Condições das mucosas:	<input checked="" type="checkbox"/> Úmidas					
Incisão cirúrgica:	<input type="checkbox"/> Local/Aspecto:					
Dreno:	<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:					
Úlcera de pressão:	<input type="checkbox"/> Estágio:					
<b>CUIDADO CORPORAL</b>						
Cuidado corporal:	<input type="checkbox"/> Independente					
Higiene corporal:	<input type="checkbox"/> Satisfatória					
Limitação física:	<input type="checkbox"/> Acamado					
<b>SONO E REPOUSO</b>						
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado						
Preservado						
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>						
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>						
Comunicação:	<input type="checkbox"/> Preservada					
Ansiedade:	<input type="checkbox"/> Ansiedade					
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>						
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>						
Tipo:	<input type="checkbox"/> Praticante					
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>						
07.07.2018						
PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA						
Verônica A. Lima da Silva Enfermeira COREN-PB 3821807	Maria José da Silva França 542016-TE					
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 10/07/18					
	HORA: 11.00 h					



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? _____ Precordialgia ( <input type="checkbox"/> )	
Ausculta cardíaca: ( <input type="checkbox"/> ) Rítmica ( <input type="checkbox"/> ) Arritmica ( <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 / /	
Edema: ( <input type="checkbox"/> ) MMSS ( <input type="checkbox"/> ) MMII ( <input type="checkbox"/> ) Face ( <input type="checkbox"/> ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
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 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 type="checkbox"/> ) Normotenso ( <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 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:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( <input 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 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: / /	
Dreno: ( <input type="checkbox"/> ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: ( <input type="checkbox"/> ) Estágio: _____ Local: _____Descrição: _____ Curativo: / /	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
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:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( <input checked="" type="checkbox"/> ) Preservado ( <input type="checkbox"/> ) Insônia ( <input type="checkbox"/> ) Dorme durante o dia ( <input type="checkbox"/> ) Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
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:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( <input type="checkbox"/> ) Praticante ( <input type="checkbox"/> ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p style="text-align: center;">COMPRENSÃO DE FONTE REV 07.02.2018 PROTÓCOLO AG. JOAO PESSOA</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	<p style="text-align: right;">DATA: 9/4/2018 HORA: 9:10h</p> <p>Sônia Maria Costa TÉCNICO ENFERMAGEM COREN-PB 04.091</p>



# Troco

## Pacote ok.

### HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

#### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

##### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: William Araújo S. J. P. Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 2.3 Setor Atual: ed. II

##### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 140/100 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: (X) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

###### OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

(X) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispneia ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuidos ( ) 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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora: \_\_\_\_\_

###### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

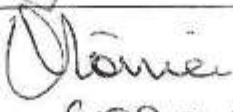
###### SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação: \_\_\_\_\_

###### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.



Pele: <input 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 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"/> Arritmica <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>1/1</u>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
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 type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: <u>1/1</u>	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Distagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input 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 checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há <input type="checkbox"/> 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:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input 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 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>  /  /  </u>	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <u>  /  /  </u>	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u>  /  /  </u>	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
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:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p style="text-align: center;">COMPRESSA DE 07.22.2013 PROJETO DE AG. VOLAO PESSOA</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <u>8/7/2018</u> HORA: <u>8:47h</u>  <u>Maria José da Silva França</u> COREN-PB 542016-TE



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: William Araújo Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 2-3 Setor Atual: Orto II

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax:	°C; P:	bpm; FR:	irpm; PA: <u>130/80</u> 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:  Isocôricas  Anisocôricas  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 cmH<sub>2</sub>O

Eupnéia;  Taquipnéia  Bradipnéia  Dispneia  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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> 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

P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.

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 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 checked="" type="checkbox"/> Ritmica) ( <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 / /	
Edema: ( <input type="checkbox"/> MMSS) ( <input type="checkbox"/> MMII) ( <input type="checkbox"/> Face) ( <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
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 type="checkbox"/> Incompleta) ( <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: ( <input checked="" type="checkbox"/> VO) ( <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"/> Normotenso) ( <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"/> Diminuidos) ( <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"/> Hematúria) ( <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: ( <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( <input 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 type="checkbox"/> Normocorada) ( <input type="checkbox"/> Hipocorada) ( <input type="checkbox"/> Ictérica) ( <input type="checkbox"/> Cianótica) <b>Turgor da pele:</b> ( <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: ( <input type="checkbox"/> Úmidas) ( <input type="checkbox"/> Secas) <b>Manifestações de sede:</b> ( <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: / / /	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
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) <b>Higiene Corporal:</b> ( <input type="checkbox"/> Satisfatória) ( <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: ( <input type="checkbox"/> Acamado) ( <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas) ( <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( <input checked="" type="checkbox"/> Preservado) ( <input type="checkbox"/> Insônia) ( <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia) ( <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( <input checked="" type="checkbox"/> Preservada) ( <input type="checkbox"/> Prejudicada) <b>Sentimentos e comportamentos:</b> ( <input type="checkbox"/> Cooperativo) ( <input type="checkbox"/> Medo:	
( <input type="checkbox"/> Ansiedade) ( <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita) ( <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( <input type="checkbox"/> Praticante) ( <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p style="text-align: center;">COMPARECIMENTO DE PESSOAS PROTOCOLO AG. JOAQUIM DE SOUZA</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  Liliane C. de Queiroz e Melo COREN-PB 337474-ENF	DATA: 12/07/18 HORA: _____ h



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E  
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE**

GOVERNO  
DA PARAÍBA

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:

COMPILE TIME LATE

COMPILE TIME LATE

Data:  
Latte

Enfermaria:

Patiente

<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.	<input type="checkbox"/> ) Obtenção da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular e incentivar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).	<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"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).	<input 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"/> ) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.	<input type="checkbox"/> ) Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.	<input type="checkbox"/> ) Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.	<input checked="" type="checkbox"/> ✓ Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.	<input type="checkbox"/> ) Melhora da percepção tissular.
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.	<input type="checkbox"/> ) Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.	<input type="checkbox"/> ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.	<input type="checkbox"/> ) Reduzir a ansiedade.
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção 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"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input checked="" type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Diminuir o risco de infecção.
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input checked="" type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.	<input type="checkbox"/> ✓ ) Melhora da percepção tissular.
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> ✓ ) Outros
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> ✓ ) Outros

**Evolução de Enfermagem**
**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: William Duarte Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 09-D3 Setor Atual: Interno II

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax: \_\_\_\_\_ °C; P: \_\_\_\_\_ bpm; FR: \_\_\_\_\_ irpm; PA: 120/80 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): 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:

**OXIGENAÇÃO**

Respiração:  Espontânea  Cateter Nasal  Venturi % l/min  Traqueostomia  Ayre/Tubo T

VMNI  VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

Eupnéia;  Taquipnégia  Bradipnégia  Dispneia  Outros: \_\_\_\_\_

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruídos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros: \_\_\_\_\_

Tosse:  Improdutiva  Produtiva Expectorção:  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 — PCO<sub>2</sub> — PO<sub>2</sub> — HCO<sub>3</sub> — EB — SpO<sub>2</sub> Data: — / — / — Flora: \_\_\_\_\_

**PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**

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

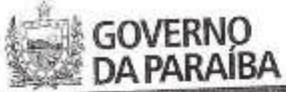
**SEGURANÇA FÍSICA**

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

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

P脉:  Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____ Precordialgia ( )	
Ausculta cardíaca: ( ) Ritmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: NSD Data da punção 11/07/18	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações: _____	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> NVO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____ Data: 11/07/18	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros: _____	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros: _____	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há _____ dias ( ) Outros: _____	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: _____ ( ) Outros: _____ Observações: _____	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro: _____	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica   Turgor da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas ( ) Secas   Manifestações de sede: ( ).	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: NSD + Injetado e limpa Curativo em: 11/07/18	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: 11/07/18	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: 11/07/18	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória   Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro: _____	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações: _____	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros: _____	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: _____ ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações: _____	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p style="text-align: center;">COMPRA SEU PROJETO AGENDA PROTOCOLO ASSISTÊNCIA</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	Cláudilene Araújo da Silva ENFERMEIRA COREN-PB 457.843
	DATA: 11/07/18 HORA: 11:02 h Edilaci Maria da Silva COREN-PB 432.124-TE



#### Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: William Andrade Sober

Idade:

Convênio:

Data: 24.04.18

Convenio: 200  
Procedimento: Entrevista individual

Cirurgião: Dr. J. V. G. V. V.

### Auxiliar:

Anestesista: Dr. Matheus

Inicio: 10:40

Término: 11:50

## Anesthesia Sedation

**Observações:**

Assinatura Anestesista

Circulante

**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
*(Critérios para altas da SRPA)*

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		

*23/12/2018*  
Assinatura do anestesista



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

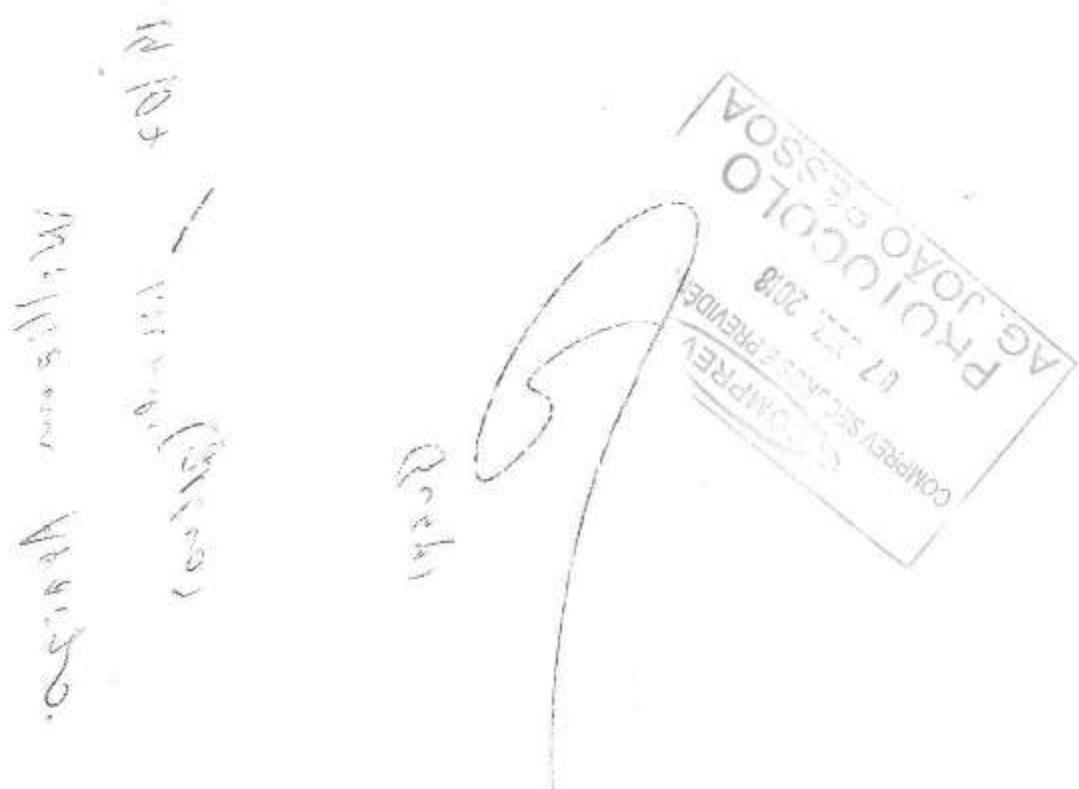
Paciente	Sexo	Idade	Convenio	Leito
1	M	25	1	1

Alzamiento: 1

14-07-18  
P.A = 30x60

45

Marta Angelica Alves  
Téc. em Enfermagem  
COREN-SP 001.142.131





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: William Araújo Silva

**Idade:** 18

**Convênio:** SUS

Data: 24.04.18

Procedimento: Entomotese embrião REI

Cirurgião: Dr. J. W. R.

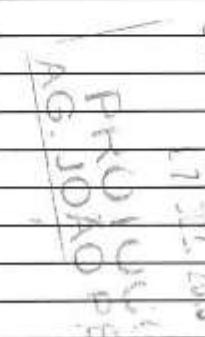
#### Auxiliar:

Anestesista: Dr. Matheus

**Inicio:** 9:00

Término: 21:50

Anesthesia Blog

<b>Observações:</b>	
	<b>Assinatura Anestesista</b>
	<b>Circulante</b>
	

**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
**( Critérios para altas da SRPA )**

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		J
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		J
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		J
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		J
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		J
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		10

Assinatura do anestesista






ordine exequunt mississ.

Edilac

H. 61/11/2002 192-S  
H. C. N. E. V. 3. 2002. 192-S  
não pode ser feito - 3  
não pode ser feito - 4  
não pode ser feito - 5  
não pode ser feito - 6  
não pode ser feito - 7  
não pode ser feito - 8



11.07.18 14:30'

\* Não vai administrar chindamicina (IV) no horário das 4h, pois não chegar o kit dela farmácia e não dispõe no setor.

22.07.18 06:00

\* Paciente recusa hero.

Edilac Maria da Silva  
COREN-PB 432.124-TE

Edilac Maria da Silva  
COREN-PB 432.124-TE



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

**Paciente:** William Araújo Siqueira

Idade: 48

**Convênio:** 31/12

Data: 24.04.18

Procedimento: Entretirre embrio (E).

Cirurgião: Dr. Verry

### Auxiliar:

Anestesista: Dr. Mikel

**Inicio:**

Término: 21-50

## Anestesia ~~Blaauw~~

#### **Observações:**

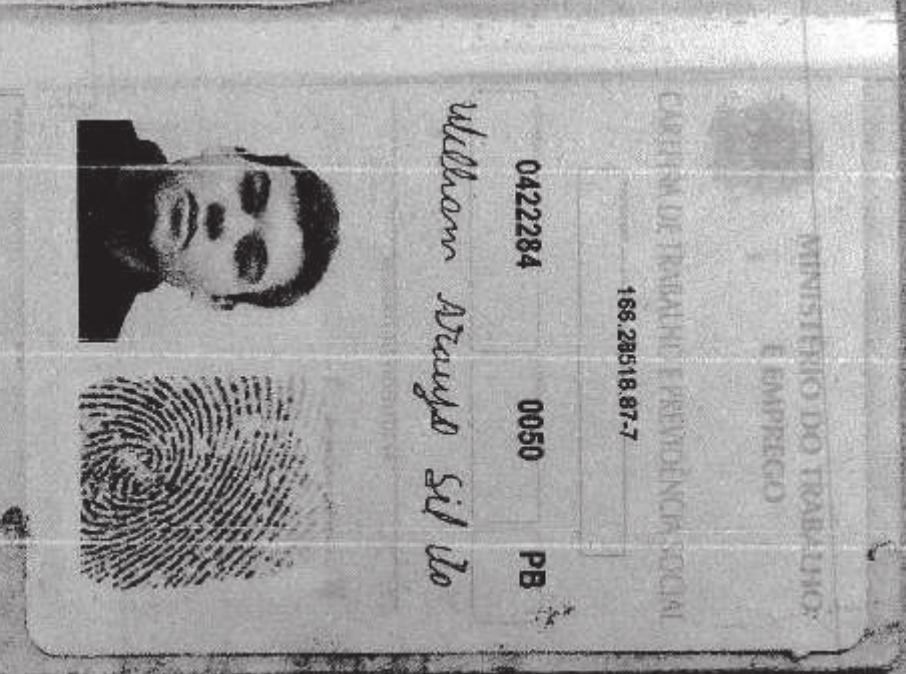
Assinatura Anestesista

## Circulante

**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		11:15
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		11:15
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		11:15
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		11:15
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		11:15
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		10

  
Assinatura do anestesista



SELO DIGITAL: AF144766 - T0JS  
Consulte a autenticidade em [selodigital.jus.br](http://selodigital.jus.br)

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Marques do Herval, 63 - Centro-Ribeirão Preto-SP 1311-6035  
CNPJ: 09.365.245/0001-76  
E-mail: [hacio.cilene@uol.com.br](mailto:hacio.cilene@uol.com.br)

Certifico e deu fô que apresento cópia fotostática  
é a Reprodução fisiográfica que me foi exibido  
Campina Grande 22/06/17

200017

Bal. Pedro Oliveira de Lucena  
Tabellão

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720



**ESTADUAIS LIBERADORES DO CEARÁ**  
ADMISTRAÇÃO MUNICIPAL

01223552321

DATA DE REGISTRO: PRT 2015010107201-0  
1 0106532139-0 00/00000000 2015

DOUGLAS EUSTÁQUIO DOS SANTOS

70960751432 QP98180/PB

2 NOVO PH 9CJB01000GR103436

HONDA / POP 110I

2 P/109 / CT PARCIR BRANCA

IPVA PAGO EM 08/10/2015

\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 00/10/2015

A.F. A.M. DE COMÉ NACION HONDA LTDA

CAMPANHA GRANDE PR

32280

09/10/2015

07/12/2016

COMPRESSEURS ET TACONIS



PB Nº 0122357833920 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

BILHETE DE SEGURO DPVAT  
PARA OS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE PROTEÇÃO DA VIDA  
AS CONDIÇÕES CIVILIS DIRETAMENTE  
[www.dpvatseguradora.com.br](http://www.dpvatseguradora.com.br)

2015 09/10/2015

1 70960751432 QP98180/PB

2015 01065321390 HONDA / POP 110I

2015 9 9C2JBO100GR103436

PRÉMIO FAIRFAX

\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 08/10/2015

\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 08/10/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CPREV - COMPRESSEURS ET TACONIS

7693781-1440286-70151009

09/10/2015

09/10/2015

09/10/2015

09/10/2015

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180577090  
Vítima: WILLIAM ARAUJO SILVA

Cidade: Campina Grande  
Data do acidente: 04/07/2018

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

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

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:  
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180577090      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WILLIAM ARAUJO SILVA      **Data do acidente:** 04/07/2018      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 12/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	William Araujo Silva
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Estudante
IDENTIDADE:	3449023
ENDEREÇO:	Rua conegs Pegulho n. 322

## OUTORGADO

NOME:	Maia Bruno Serrante
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Advogado DPE/PB 2147-2
IDENTIDADE:	2131933
ENDEREÇO:	Rua Dimas Muniz, 1022, Lote 02 - C. Gamal - PB

07/12/2018  
AG. JOÃO PESSOA  
COMPREV SEGUROS  
PROTÓCULO  
RECIBO

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Campina Grande, 12 de Setembro 2018

LOCAL E DATA



William Araujo Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

6º OFÍCIO DE NOTAS  
Sala 06 - Galeria Ed. Lucas  
Rua Marquês do Herval, 16 - Loja 6 - Galeria  
Edif. Lucas - Campina Grande - PB  
CEP: 58100-020 - Fone: (83) 3341-2668

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
**WILLIAM ARAUJO SILVA**  
Dossiê: Campina Grande-PB - 12/09/2018  
Substituto: NELIA MELLO LUCAS  
Selos Digitais: AME930101EAN  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tcepb.gov.br>  
Emol R\$9,48 Farpon R\$0,28 IMP R\$0,11 Fazj R\$1,74



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443477/18

**Vítima:** WILLIAM ARAUJO SILVA

**CPF:** 111.974.754-60

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/07/2018

**Titular do CPF:** WILLIAM ARAUJO SILVA

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### INACIO BRUNO SARMENTO : 036.781.814-06

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

### WILLIAM ARAUJO SILVA : 111.974.754-60

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/12/2018  
Nome: INACIO BRUNO SARMENTO  
CPF: 036.781.814-06

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/12/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

INACIO BRUNO SARMENTO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180577090      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WILLIAM ARAUJO SILVA      **Data do acidente:** 04/07/2018      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 12/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fernanda Cardoso Guerra Fonseca".