

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

Carta nº 13692207



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 11197475460 Nome completo da vítima: William Araujo Silva

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

Nome completo: William Araujo Silva CPF: _____
Profissão: Estudante Endereço: Rua Conde Pequeno Número: 32 Complemento: N
Bairro: Belo Visto Cidade: Campos Grande Estado: PB CEP: 58108-663
E-mail: maeo.bruno.ada@gmail.com Tel. (DDD): 8333341289

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 523699 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Dedaro, 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 da 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Campos Grande - PB, 05/11/2018
Nome: William Araujo Silva
CPF: 11197475460

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

William Araujo Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Anacio Bruno Sarmiento
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) 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

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto da Empresa de Ônibus Cabral

Telefone: (83) 98840-0071

TESTEMUNHA

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





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 Cónego 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 colidiu 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.

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 SILVA
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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 11197475460 Nome completo da vítima: William Araujo Silva

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

Nome completo: William Araujo Silva CPF: _____
Profissão: Estudante Endereço: Rua Conrado Pequeno Número: 32 Complemento: N
Bairro: Belo Visto Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 58108-663
E-mail: maeo.bruno.ada@gmail.com Tel. (DDD): 8333341289

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 523699 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Dedaro, 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 da 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) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Campina Grande - PB, 05/11/2018

Nome: William Araujo Silva

CPF: 11197475460

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

William Araujo Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Mauro Bruno Sarmiento
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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.



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



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:

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

Campina Grande, 6 de agosto de 2018.


Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192





Enviado: 17/07/2018 Referência: 64 / 2018

Class/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL

Rotero 8-401-478-8000 N° medidor

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

ENERGIA BOREOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

8400 Steeple - Très Inté - Campins Grande, PB - CEP 58423-700

GNP J08 826 595/001-35 Inc Est 16 00/828-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº001-423362

Cód. para Deb. Automática: 60096224246

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPI/ RANI
Jul / 2018	17/07/2018	16/08/2018	144.504.744-0

UC (Unidade Consumidora): 4/22424-6

Canal de contacto

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
16/08/18	12152	17/07/18	12206	-5		72			32
Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base Calc.	Alíq.	Valor R\$	Base Calc.	Por R\$	Valor R\$
		Tributos Totais (R\$)			ICMS (R\$)	ICMS	Por Consumo (R\$) (10/1975)(4/09/09)		
0601	Consumo em kWh	72,000	0,720000	51,84	51,84	25	12,96	51,84	0,63
0601	Adic. B. Vermelha			5,19	5,19	25	1,29	5,19	0,05
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIB. LUM. PÚBLICA			7,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00
CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL		64,95	67,03		14,25	57,03	0,68

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO 24/07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 64,15
---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Histórico de Consumo (kWh)											
T2	T5	T5	T8	T7	T7	T6	T2	T3	T2	T1	T3
Jul17	Ago17	Set17	Out17	Nov17	Dez17	Jan18	Fev18	Mar18	Abr18	Mai18	Jun18

RESERVING AD BSCD
a084.f713.2d86.f209.f303.d92b.510a.c070

Indicadores de Qualidade			E1019 - BELA VISTA		Empresas do Consórcio		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DC MENSAL	5,51	0,00	NORMAL	220	Serviços de Dist. de Energia B.O	10,00	18,96
DC TRIMESTRAL	10,82				Comunicação Energia	21,45	33,36
DC ANUAL	21,26				Serviço de Transmissão	2,84	4,12
FC MENSAL	8,36	0,00	CONTRATADA		Energia Setorial	4,61	7,13
FC TRIMESTRAL	16,72		LIMITE INFERIOR	202	Impostos, Multas e Encargos	24,62	38,38
FC ANUAL	33,45		LIMITE SUPERIOR	231	Outros Serviços	9,00	0,00
OMC	1,37	0,00			Total	64,96	100,00

Visiter do EUSD (Ref. 5/2013) ES 16 40

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TAMARA ANDRADE SOARES
RUA DINAMERICA CORREIA, 1029 / LOJA 02 - DINAMERICA
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400-000 (Adj. 431)
Emissão: 23/11/2018 Referência: Nov / 2018
Classe/Subclasse: COMERCIAL / COMERCIAL MORRIS
Roteiro: 14-401-754-1892 Nº medidor: 000207824

energisa
ENERGISA BOMBORÉMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Teresopolis - Fz. São João - Campina Grande / PB - CEP: 58423-700
CNPJ: 08.026.596/0001-85 Insc. Est.: 16.035.898-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 002.407.556
Cód. para Débito Automático: 0002515013

Atendimento ao Cliente: **0800 023 0196** Acesse: www.energisa.com.br
Conta referente a: **Nov / 2018**
Apresentação: **23/11/2018**
Data prevista da próxima leitura: **21/12/2018**
CPF/CNPJ/RANI: **088.336.964-42**
Insc. Est.: **4/251501-3**

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.
Reservada, apresenta-se na sua Organização Militar.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
25/10/18	1857	23/11/18	1786	29
Demonstrativo				
Código de Classificação do Item: 111,81 99,25 24,56 99,28 1,06 4,96				
Média últimos meses (kWh): 100				
Histórico de Consumo (kWh)				
48 10 0 43 179 135 127 120 92 128 143 129				
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18				
RESERVADO AO FISCO 718e.ebb8.dc2e.664a.ecf1.1044.048a.1dfa.				
Indicadores de Qualidade				
Limites da ANEEL				
Apurado				
Limite de Tensão (V)				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				
DIA TRIMESTRAL				
DIA ANUAL				
DIA MENSAL				

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 11197475460 Nome completo da vítima: William Araujo Silva

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

Nome completo: William Araujo Silva CPF: _____
Profissão: Estudante Endereço: Rua Conrado Pequeno Número: 32 Complemento: N
Bairro: Belo Visto Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 58108-663
E-mail: maeo.bruno.ada@gmail.com Tel. (DDD): 8333341289

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 523699 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Dedaro, 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 da 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Campina Grande - PB, 05/11/2018

Nome: William Araujo Silva

CPF: 11197475460

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

William Araujo Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Anacio Bruno Sarmiento
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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 9.262.360, 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 Trindade Apregia Veloso, 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: 9C2JB0700GR703436

Data do Acidente: 04/07/2015

Local e Data: Campina Grande, 12 de Setembro 2018



Douglas Eustáquio dos Santos
Assinatura do Declarante

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

6º
Serviço Notarial 6º OFÍCIO
Rua Mercês do Herval, 16 - Loja 5 - Galeri
Ed. Lucas - Campina Grande - PB
CEP: 57099-000 - Fone: (31) 3361-9669

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de

DOUGLAS EUSTAQUIO DOS SANTOS

Dou fe. Campina Grande/PB - 12/09/2018

Substituta: NELIA MELLO LUCAS

Selo Digital: AHK93008-PMG6

Consulte a autenticidade em <https://revalida1.dpf.jus.br>

Emol R\$9,48 Farpa R\$0,28 MP R\$0,15 Fep R\$1,74

Serviço Notarial
6º OFÍCIO
Rua Mercês do Herval, 16
Ed. Lucas - Campina Grande - PB
Nelia Mello Lucas
Tabelião Substituta
Cartório do 6º Ofício
Campina Grande - PB

CÓPIA



Receber vítima de Trauma por queda para moto - caso
A vítima sofreu ferimentos e fraturas. Sem dor e mobilidade
consciente.

B. Trauma estavel, sem alterações de vitalidade
C. Pulso presente, perfuração negativa sem hemorragia
D. Sem alteração no abdome no

D. Sem alteração no membro superior e

ALERGIA: Drogas, Alimentos, AAB

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas

Glasgow PA HGT: Sat02

PROTÓCOLO

AG. 1000 PESSOA

07 JUL 2018

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº 1 TLA + IL 40x 10 - 20h

Nº 2

Nº 3

Nº 4

Nº 5

Nº 6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Danilo Mayer Peixoto

CRM-PB 15031 CREMIEPE 1932

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1686720 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

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

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 04/07/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Claudia Bezerra Lacerda

PACIENTE: WILLIAM ARAUJO SILVA CEP: 58400002 Nascimento: 05/11/1999

Endereço: TRAVESSA CONIGO PEQUENO

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Idade: 018

Bairro: BELA VISTA

Nome da Mãe: ANA CRISTINA DA SILVA

RG: 3449023

Nº: 32

Responsável: JOSE ARAUJO DA SILVA

CPF:

Profissão: ESTUDANTE

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

CNS: 70700782731130

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

Atend: 04/07/2018

CONVÊNIO: SUS

Médico:

Hora: 19:44:30

Especialidade:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Emagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Coritudo
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encastrado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parêstesia
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID: POLITRAUMAS

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

0150830.0.0

Coluna cervical de elevadas alterações
 apresentando de um acidente e fratura
 na haste, fratura de rimas
 posterior
 10:550 Unifrac

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

DESTINO DO PACIENTE ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs.

() Centro cirúrgico _____

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta Hospitalar / () A revelia

() Decisão Médica

() Óbito

[Assinatura]
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

AG. JOÃO PESSOA
 PROTOCOLO
 07 DEZ 2018
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Alergia a Dipirona.

GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico



Fx proximal de Úmero esquerdo COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

07 JUL 2018

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

Paciente Willian Araújo Silva

Alcôjamento 02

Leito 03

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/07/2018	<div>1- Dieta livre</div> <div>2- Paracetamol 1cp VO 8/8H</div> <div>3- Tilatil 20 mg IV(S/N.)</div> <div>4- CCGG + SSV</div> <div>CA</div>	<div>13:00</div> <div>CA</div>	<div>CA</div> <div>CA</div> <div>CA</div> <div>CA</div> <div>CA</div> <div>CA</div>

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Febelino Serrano

Prta vertice phary
stomach

Nome: Wilton Azeite Alojamento: 2 Leito: 2 Convênio: OK

Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1. 10/10/10 7:44	10/10/10 7:44	Cirurgia, colt
2. Paracetamol 500mg	10/10/10 7:44	7/10/10
3. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10
4. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10
5. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10
6. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10
7. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10
8. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10
9. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10
10. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10
11. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10
12. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10
13. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10
14. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10
15. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10
16. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10
17. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10
18. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10
19. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10
20. 10/10/10 8:00	10/10/10 8:00	7/10/10

COMPREI SEGURANÇA PREVIDENCIA SIA
07 JUL 2018
PROTÓCOLO PESSOAL
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

Ex. número proximal 29.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	William Araújo Silva	Alojamento	2	Leito	3	Convênio	22° DIH
----------	----------------------	------------	---	-------	---	----------	---------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/04			# Ontopédia. 2
	1 - Dieta livre		2.º DPO
	2 - S R L 500 ml I.V. 12 / 12 h.		Paciente ESB forte, estável
	3 - Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).		sem complicações.
	4 - Tilatil 20 mg I. V. 12 / 12 h.		Ed. Químico + hipot
	5 - Omeprazol 40 mg I. V. 01 x dia. em jejum		
	6 - C. C. G.		
	7. clindamicina 600mg EV 6/6h		
	8. hauschtien 8mg/ml 01 FA + AD EV 8/8h, SN		
	9. lunáticos		
	10. CCGG + SSVU		
	11. Paciente melhora - Alta hospitalar		

AG. JOAO PESSOA
PROTÓCOLO
07 SET. 2018
COMPREENSÃO E PREVENÇÃO

Dr. Osmar Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 5512

Dr. Osmar Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 5512



FICHA DE SOLICITAÇÃO ANTIMICROBIANO

NOME: _____				
Data de Admissão: ____/____/____		Clinica: _____	Enf.: _____	Leito: _____
Diagnóstico da Infecção / Justificativa do Antimicrobiano: _____				
Classificação da Infecção: () Comunitária () Hospitalar				
1º Esquema de Antimicrobiano: () Mudança de Esquema: ()				
Antimicrobiano/Dosagem	Via	Posologia	tempo (dias)	
Data: ____/____/____				
Carimbo e Assinatura do Médico				
Avaliação da CCIH:				
PARA USO DA FARMÁCIA - Doses Entregues				
1º	5º	9º	13º	
2º	6º	10º	14º	
3º	7º	11º	15º	
4º	8º	12º	16º	



FICHA DE SOLICITAÇÃO ANTIMICROBIANO

NOME: _____				
Data de Admissão: ____/____/____		Clinica: _____	Enf.: _____	Leito: _____
Diagnóstico da Infecção / Justificativa do Antimicrobiano: _____				
Classificação da Infecção: () Comunitária () Hospitalar				
1º Esquema de Antimicrobiano: () Mudança de Esquema: ()				
Antimicrobiano/Dosagem	Via	Posologia	tempo (dias)	
Data: ____/____/____				
Carimbo e Assinatura do Médico				
Avaliação da CCIH:				
PARA USO DA FARMÁCIA - Doses Entregues				
1º	5º	9º	13º	
2º	6º	10º	14º	
3º	7º	11º	15º	
4º	8º	12º	16º	

Diagnóstico

Fx proximal de Úmero esquerdo

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Willian Araujo Silva	
Aljamento	02	Leito 03
Convênio		

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17/07	<p>1- Dieta livre</p> <p>2- Paracetamol 1cp VO 8/8H</p> <p>3- Tilatil 20 mg IV S/N</p> <p>4- CCGT SSUV</p>	<p>CT</p> <p>19</p> <p>SIN</p> <p>CT</p>	<p>Paciente em EGB Negativa</p> <p>Febre. Negativa nascerol negativa</p> <p>Aguarda cirurgia</p> <p>cd/ Maciel</p> <p>CG</p>



GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Fx proximal de Úmero esquerdo

COMPREV
SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

07 DEZ 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Willian Araújo Silva

Alojamento 02

Leito 03

Convênio

Evolução Médica

Prescrição Médica

Horário

Data

18/07

1- Dieta livre

2- Paracetamol 1cp VO 8/8H

Falta no hospital

3- Tilatil 20 mg IV S/N

4- CCGG + SSW

Paciente evolui sem
problemas. Vagou náuseas
e vômitos.

Aguardando cirurgia.

Dr. Osmarcos Rodrigues da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 2335 - CFE 191.354-114-09

Conduta: Gaurti

Dr. Osmarcos Rodrigues da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 2335 - CFE 191.354-114-09

ALERGIA A DIPIRONA

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

Diagnóstico

Fx proximal de Úmero esquerdo

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

07-DEZ-2018

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Willian Araújo Silva

Alojamento 02

Leito 03

Convênio

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data
20/07/2018

1- Dieta livre

2- Paracetamol 1cp VO 8/8H

3- Tilatil 20 mg IV S/N

4- CCGG + SSW

CI

SIN

CA

PROG

EMER

DEPTO. DE

COLOMIA

PROG

PROG

PROG

PROG

AG 1040 PESSOA
PROTOCOLO
07 JUL 2018
COMPREV/SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
COMPREV

Diagnóstico

FX: 6 more for 250,000

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

2/2 9C

PRE OP

ALA ORTOPÉDICA

ALA ORTOPEDICA			
Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
WILLSON PROSPER		3	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/07	<p>1 DIETA Líquida</p> <p>2 JELCO SALINIZADO</p> <p>3 DIPHRONA 1G + AD IV 6H SUSP</p> <p>4 NAUSEDRON 8mg/ml IFA + ABD EV 8/8h SN</p> <p>5 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV/JEJUM SUSP</p> <p>6 TILATIL 20MG + AD IV 12\12H S/N</p> <p>7 FISIOTERAPIA MOTORA</p> <p>8 SSVV CCGG</p> <p>9 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8\8H S/N</p> <p>10 CLEXANE 40MG SC ÀS 20H SUSP</p> <p>11 Paracetamol 750mg VO 8\8h</p>	<p>07:00</p> <p>08:00</p> <p>09:00</p> <p>10:00</p> <p>11:00</p> <p>12:00</p> <p>13:00</p> <p>14:00</p> <p>15:00</p> <p>16:00</p> <p>17:00</p> <p>18:00</p> <p>19:00</p> <p>20:00</p> <p>21:00</p> <p>22:00</p> <p>23:00</p>	<p>#ORTOPEDIA# DIH: *</p> <p>BGG, sistémico, não</p> <p>CAN VIVM</p> <p>1</p> <p>6</p> <p>AG. JOAO PESSOA</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>07.12.2018</p> <p>COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A</p> <p>Não tem nem foi feito.</p>

Diagnosico
trattato verbal
prognosi c'è

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
MILYAN ALVARO SILVA	2	3	

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
23/07	1. Jefe de...			beb
	2. Jefe de...			CHAVEZ P...
	3. Jefe de...			CHAVEZ P...
	4. Jefe de...			ADRIANA G...
	5. Jefe de...			CHAVEZ P...
	6. Jefe de...			CHAVEZ P...
	7. Jefe de...			CHAVEZ P...
	8. Jefe de...			CHAVEZ P...
	9. Jefe de...			CHAVEZ P...
	10. Jefe de...			CHAVEZ P...
	11. Jefe de...			CHAVEZ P...
	12. Jefe de...			CHAVEZ P...
	13. Jefe de...			CHAVEZ P...
	14. Jefe de...			CHAVEZ P...
	15. Jefe de...			CHAVEZ P...
	16. Jefe de...			CHAVEZ P...
	17. Jefe de...			CHAVEZ P...
	18. Jefe de...			CHAVEZ P...
	19. Jefe de...			CHAVEZ P...
	20. Jefe de...			CHAVEZ P...
	21. Jefe de...			CHAVEZ P...
	22. Jefe de...			CHAVEZ P...
	23. Jefe de...			CHAVEZ P...
	24. Jefe de...			CHAVEZ P...
	25. Jefe de...			CHAVEZ P...
	26. Jefe de...			CHAVEZ P...
	27. Jefe de...			CHAVEZ P...
	28. Jefe de...			CHAVEZ P...
	29. Jefe de...			CHAVEZ P...
	30. Jefe de...			CHAVEZ P...
	31. Jefe de...			CHAVEZ P...
	32. Jefe de...			CHAVEZ P...
	33. Jefe de...			CHAVEZ P...
	34. Jefe de...			CHAVEZ P...
	35. Jefe de...			CHAVEZ P...
	36. Jefe de...			CHAVEZ P...
	37. Jefe de...			CHAVEZ P...
	38. Jefe de...			CHAVEZ P...
	39. Jefe de...			CHAVEZ P...
	40. Jefe de...			CHAVEZ P...
	41. Jefe de...			CHAVEZ P...
	42. Jefe de...			CHAVEZ P...
	43. Jefe de...			CHAVEZ P...
	44. Jefe de...			CHAVEZ P...
	45. Jefe de...			CHAVEZ P...
	46. Jefe de...			CHAVEZ P...
	47. Jefe de...			CHAVEZ P...
	48. Jefe de...			CHAVEZ P...
	49. Jefe de...			CHAVEZ P...
	50. Jefe de...			CHAVEZ P...
	51. Jefe de...			CHAVEZ P...
	52. Jefe de...			CHAVEZ P...
	53. Jefe de...			CHAVEZ P...
	54. Jefe de...			CHAVEZ P...
	55. Jefe de...			CHAVEZ P...
	56. Jefe de...			CHAVEZ P...
	57. Jefe de...			CHAVEZ P...
	58. Jefe de...			CHAVEZ P...
	59. Jefe de...			CHAVEZ P...
	60. Jefe de...			CHAVEZ P...
	61. Jefe de...			CHAVEZ P...
	62. Jefe de...			CHAVEZ P...
	63. Jefe de...			CHAVEZ P...
	64. Jefe de...			CHAVEZ P...
	65. Jefe de...			CHAVEZ P...
	66. Jefe de...			CHAVEZ P...
	67. Jefe de...			CHAVEZ P...
	68. Jefe de...			CHAVEZ P...
	69. Jefe de...			CHAVEZ P...
	70. Jefe de...			CHAVEZ P...
	71. Jefe de...			CHAVEZ P...
	72. Jefe de...			CHAVEZ P...
	73. Jefe de...			CHAVEZ P...
	74. Jefe de...			CHAVEZ P...
	75. Jefe de...			CHAVEZ P...
	76. Jefe de...			CHAVEZ P...
	77. Jefe de...			CHAVEZ P...
	78. Jefe de...			CHAVEZ P...
	79. Jefe de...			CHAVEZ P...
	80. Jefe de...			CHAVEZ P...
	81. Jefe de...			CHAVEZ P...
	82. Jefe de...			CHAVEZ P...
	83. Jefe de...			CHAVEZ P...
	84. Jefe de...			CHAVEZ P...
	85. Jefe de...			CHAVEZ P...
	86. Jefe de...			CHAVEZ P...
	87. Jefe de...			CHAVEZ P...
	88. Jefe de...			CHAVEZ P...
	89. Jefe de...			CHAVEZ P...
	90. Jefe de...			CHAVEZ P...
	91. Jefe de...			CHAVEZ P...
	92. Jefe de...			CHAVEZ P

Nome do Paciente <i>Willton Araújo 30a</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>24/07/18</i>	Enf. <i>2</i>	Leito <i>3</i>	
Operador <i>Dr. Mendes</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Santos (URJ)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Almeida (URJ)</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx. fechada, profunda (F)</i>			
Tipo de Operação <i>Ortopédica</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>sem dor</i>			
Relatório Imediato da Patologia <input checked="" type="checkbox"/>			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1. Paciente em DDH, sob anestesia*
- 2. Incisão + desinfecção e abertura da ferida cirúrgica*
- 3. Exatidão com um duto fistuloso (F) + drenagem por placa + hemostasia*
- 4. Redução cirúrgica da fx + sutura com placa bloqueada*
- 5. Lavagem da fx com SF + irrigação, tal escape*
- 6. Sutura por placa*
- 7. Curativo*

Dr. Everton Moura
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 9909

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO 168 6720	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME William Acácio Sr			IDADE 18	SEXO M	COR B
DATA 24/7/18	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS Hemoglobina e Oximetro	
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Consuente Fx. joelho proximal					ESTADO FÍSICO ASA II	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS							
LIQUIDOS	500 500 250						
CÓDIGOS	VP - ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Infam 3ml Ketamine 1ml propofol 20ml tocamon 40mg dexmedetomidine 10g nebulização 4 neop 9.25t. c/v 30ml clonidina 0.5g						
POSICÃO	2						
AGENTES	BPPB + AGI						
TÉCNICA	Oskodintec						
OPERAÇÃO	Dr. Anselmo e Dr. Yury + Dr. Orelha						
CIRURGIÕES	Dr. Anselmo e Dr. Yury + Dr. Orelha						
ANESTESISTAS	Dr. Anselmo e Dr. Yury + Dr. Orelha						
OBSERVAÇÕES	480						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

INDUÇÃO

Satisf.: ☒ Excit.: ☐ Tosse: ☐Laringo espasmo: ☐ Lenta: ☐Náuseas: ☐ Vômitos: ☐Outros: ☐

MANUTENÇÃO

BPPB - no intencional
 AGI - manobra
 multi em 1st.
 oxigeno 100%
 et absoluto e cat.

ANESTESIA SATISF.: ☒ Sim ☐ NãoNão, por quê? ☐

DESPERTAR

Reflexos na SO: ☐Obstr.: ☐ Co₂: ☐ Excit.: ☐Náuseas: ☐ Vômitos: ☐Outros: ☐Com cânula: ☐Pelo o Leito: ☐ Sim ☐ Não

CONDIÇÕES:

CÂNULAS: 8. Equimod

Hospital: Unidade Hospitalar de Referência do C. C. de Código: 01
 Procedimento: Implante de Prótese de Quadril Cód. Procedimento: 01.01.01
 Paciente: William Roberto Silva
 Data da Cirurgia: 29/07/18 Nº prontuário: 1886730 Convênio: _____
 Cirurgião: Dr. André Código: _____ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
03	Placa de Unus			
	Posterior de 10 furos			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (3,5) mm	Nº	36	32	30					
	Qtd.	01	02	03					
	Cód.								
Parafuso Cortical (4,0) mm	Nº	28	34	38	45				
	Qtd.	01	03	02	01				
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
 07 DEZ. 2018
 AG. JOÃO PESSOA
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: *William Araujo Silva* DO *05/11/99*

QI *LEITE* CONVÊNIO *IDADE 38* REGISTRO *1686720*

CIRURGIA *Osteossíntese membro esquerdo* CIRURGIÃO *Dr. Yuri + Dr. Andrey*

ANESTESIA *bloqueio + geral* ANESTESIA *Dr. Izabela*

INSTRUMENTADORA *DATA 24/07/18* INÍCIO *19:40* FIM *21:50*



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Catel. p/ Oxy.	01	Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	08	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimere amp. - <i>efedrina</i>		Compressa Pequena		Catgut Simples	
01	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
01	Efrane ml - <i>Recuremo</i>		Dreno		Catgut Simples Sertix	
01	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
02	<i>heva ml propofol</i>	01	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
01	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaína <i>21.50%</i>		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	05	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
01	Proxido 1m - <i>Rinsufentona</i>	05	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelion ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ml	02	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrilm amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
10	Água Destilada amp. <i>2ml</i>		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flexidol amp.	05	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	03	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	TC	Oxigênio 1m			
	Glucan de Cálcio amp.	01	Poliifix			
	Haemaco ml.	05	PVPI Degemante ml			
	Hoparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico	03	SG Normotérmico fr 500 ml	250
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotilnazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
01	<i>Plesit amp. nausedron</i>	02	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ring fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda	02	<i>5Fp lavar</i>	
	Suptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica			
02	<i>american 20</i>	01	Sonda Uretral nº 16			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
01	Aguilha desc. 26 x 7 <i>40x12</i>	02	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28	05	Látex			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	01	<i>eletrados</i>			
05	Álcool de Enfermagem <i>70-1</i>	01	<i>tubo oromaxilar nº 21</i>			
	Álcool Iodado ml	01	<i>filtro</i>			
04	Ataduras de Crepon <i>20cm</i>					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

Francisco *William Araujo Silva*
Téc. de Anestesia
CORER-PB 190.440

ALFRIQUE, A. D. 1910-1911, SUBPROFESSOR, 1913

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

22.20

Ex: $\lim_{x \rightarrow 0} \frac{1}{x}$ proximal (∞)

[illegible]

Ex. Umuno proximal E

Data		Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica	
25/10/14	1. Delta livre					1º BPO	
	2. SF 0,9 x 1000 ml em 24h					Paciente estável, LORE, EOB.	
	3. Plavix 600mg EV 66h					Alta provisória assinada.	
	4. Tiletal 600mg TAD EV 18h						
	5. Nauseidon 1FA TAD EV 8h						
	6. Omeprazol 40mg + difenidramina 10mg pela manhã						
	7. Euvastina 40mg (SUSPENSO)						
	8. CCOG + SSU						

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

EX: Exame pré-limiar (E)
 COMPREV
 COMPREV
 07 JUL 2018

William Group Silva		Alojamento	8	Leito	3	Convênio	COMPANHIA SEGURADORA	
Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica				
1- Glut Lixto				EVALUACAO PROTOCOLO				
2- Glut Soluvinado		Clarete		CADA DIA				
3- Glut 20mg EV 12/13/14		AS 24		CADA DIA				
4- Ondoprogel 40mg EV 1x/dia (apenas)		AS 24		CADA DIA				
5- Clindamicina 600mg EV 6/16/4		AS 24		CADA DIA				
6- Omeprazol 20mg EV 24/13/14		AS 24		CADA DIA				
7- SSVV+ CC 6-0				CADA DIA				

Diagnóstico

Ex úmido pretorial (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

William Oreste Silva

Alojamento 2 Leito 3 Convênio

Prescrição Médica

Evolução Médica

Prescrição Médica	cto	Horário	Evolução Médica
1- Dieta livre	cto		
2- Insulina NPH	cto		
3- FOLICIL 20mg EV 22/12H	cto		
4- Omeprazol 40mg EV 5x dia (19h)	cto		
5- Clonidina 100mg EV 6/6H	cto		
6- Gentamicina 240mg EV 24/24H	cto		
7- SSVI + CCG	cto		

Dr. [Assinatura]

Dr. [Assinatura]

COMPRESSEI SEGUROS E GARANTIA S/ 07 DEZ. 2018 PROTOCOLO AG. JOAO DE CARLOS

Diagnóstico

Ex. limiting problem (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	William Brown Silva		Alojamento	2	Leito	3	Convênio	246
----------	---------------------	--	------------	---	-------	---	----------	-----

Data	Prescrição Médica	Horário
10/07	1- Gueta livre	
	2 - SRL 500 ml 12/12H	06
	3 - tilatil 20mg EV 12/12H	06
	4 - Amepresgel 40 mgq EV 8mgqmm	(06)
	5 - SSVV + CCGB.	
	6 - Clindamicina 600mg+AD EV 6/6H	18
	7 - Glutamida 240mg+SF EV 1x dia.	18
	8 - SSVV	
	A	



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Public Affairs

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

o	3	Convênio
97 UNICAP / PROFESSOR E-TECNOLOGIA BRASIL 042864		

Paciente	WILSON ADALDO SILVA	Alojamento	2	Leito	3	Convênio	
----------	---------------------	------------	---	-------	---	----------	--

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

WILLIAM
ARAÚJO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP: 08

2.3

Dr. Julio Cesar Castro

Paciente	William Araujo	Alcôjamento	Leito	Convênio
----------	----------------	-------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica	
					# ORTOPEDIA#	DIH#
17	1	DIETA LIVRE	CT			DIH# 3010
	2	SRL 1500ML EV 24H	CT			
	4	DIPIRONA 1G EV 6/6H	CT			
	5	TILATIL 20mg + AD - EV 12/12h	CT			
	6	TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SE DOR	CT			
	7	NAUSEBRON 1FA + AD EV 8/8H 5N	CT			
	8	CLEXANE 40 UI- SC 1X/DIA	CT			
	9	OMEPRAZOL 40MG EV JEIUM	CT			
	10	SSVV + CCGG	CT			
	Al. Gentamicina 240mg + SF 0.9% 1x/dia 17					
	Dr. Julio Cesar Castro					
	Ortopedia e Traumatologia					
	CRM 173-88/55					



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Rx Unas e fratura E.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP:

Paciente	Wilson Araújo Filho	Alojamento	2	Leito	3	Convênio	
----------	---------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
08/07	1 DIETA LIVRE	11h 30	ORTOPEDIA# BHT: _
	2 SRL 1500ML EV 24H (pós submetido)	11h 30	
	4 DIPIRONA 1G EV 6/6H SIN		BEG, estável, afebril
	5 TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h (susp)		Sem intercorrências
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SE DOR		
	7 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H SIN		
	8 CLEXANE 40 UI - SC 1x/DIA (susp)		
	9 OMEPRAZOL 40MG EV JEIUM (susp)		
	10 SSVV + CCGG		
	Atendimentos 24h + 24h 16		
	em 14 dias		

COMPREV
2018
PROTÓCOLO
22.2.2018
COMPREV
2018
PROTÓCOLO
22.2.2018

William Anjio, 13

Leito

Convênio

Ingol

LULAÇÃO

for urgent repair (C)

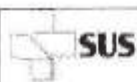
[illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	William Anacleto Silva	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
04.02.89	(1) Dado oral leve (2) gelco salmizado (3) tramal 100mg + 100ml soro iv 878g	até 15h		# ADMISSÃO de Paciente vítima de queda de moto com dor intensa em ombros quando -
	(4) SINU + CCGS (5) Nauseidon 1 amp + AD IV 878g (SMU) (6) COXEDAN 600mg IV 66g (7) gabapentina 240mg IV 2412g	até 15h		Ao RX, evidência de fratura de omero proximal Obs: peloto do olecrano a disti- ncia das 2 falanges.
				CD: VPH; aguda cerrigta
	Dr. Euler Fabricio A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907			Dr. Euler Fabricio A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907

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 ☐

Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
ANA CRISTINA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO
83

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
TRAVESSA CONIGO PEQUENO, 32, BELA VISTA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO
250400

15 - UF
PB

16 - CEP
58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente de entrada ci queixa de dor em ombro esquerdo e braço com evidência de fratura de humerus proximal.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura de humerus proximal e sangramento

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

Em anexo

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fr de humerus proximal E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

02

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

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

20742892250018

Dr. Euler Fabricio A. Cruz

MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - N° DO BILHETE

40 - CNAE DA EMPRESA

38 - SÉRIE

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. 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)

/ /

PROTÓTIPO
07 JUL. 2018
COMPREV
SEGURE E PREVIDENCIA S/A
JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DOM LUIZ GONZAGA

William Araújo

Prescrição Médica

Real

Prescrição Médica

Horário

Enfermarias	Leito
-------------	-------

Evolução Médica

Leito

Diet: livre

Dieta livre

DATE: 11/11/19

20190207 mlk + 20190206/06/05

Omeprazol 40 mg EV / d

5425421 AG-Budget 11/04/11

~~Technical Drawing + 5F EV 8/85~~

Plasil 2ml + AD EV 8/8hs SN

Give me 40 mg 5/5/12

GGG + AAA

Cinda Gony-TAB (AD 6/6h)

$$\text{Mark A. Long} + 5.5097 \times 100.260$$

Personal 30 day - 55,981.00 and 600
8/26

(Faint diagonal watermark or stamp reading "Dr. Eduardo Berra Marín")

2

Dr. Eduardo
García
Mora

very

Evolution Médica

2. The pro head

Awards images

very

Dr. Eduardo
García
Mora

2

07 DEZ. 2018
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
COMPREV

Ex. Universal

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Enfermaria:	Leito:	Data:	
William Brito	2-	3	21/07/18	
Condição	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()
Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			
Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			
Fatores psicológicos ()	Outro ()			
Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	
Ansiiedade ()				
Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				
Outros ()				
Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	
Aumento da taxa metabólica ()				
Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			
Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		
Ansiiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		
Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		
Ansiiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Outro ()
Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()	
Drenos ()	Outros ()			
Aumento da exposição ambiental à patógenos	Defesas primárias inadequadas ()			
Procedimentos invasivos	Outro ()			
Mobildade física prejudicada ()	Medicações ()			
Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()			
Falta de privacidade/control do sono ()	Outro ()			
Ruído ()	Imobilização física ()			
Outro				
Outro				

<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input 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"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.		
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (SN) 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"/> Após administrar medicamentos antiérmicos, avaliar e registrar os resultados.		<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<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"/> Analisar condições do curativo.		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<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/quemadura 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.	Sem 3 dias	
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	Sempre	
<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.	Sempre	
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.	Sempre	
<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

Ililone C. de Queiroz e Melo

COREN-PB 337474-ENF

Maria José da Silva França

COREN-PB 540015-JE

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 PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

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

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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 n° Comissura labial n° FiO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: SpO2 Data: / / Hora:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()

Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()

Ausculata cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:

Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica **Turgor da pele:** () Preservado

Condições das mucosas: () Úmidas () Secas **Manifestações de sede:** ()

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória **Higiene Corporal:** () Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

SONO E REPOUSO

☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada **Sentimentos e comportamentos:** () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

COMPREV

COMPREV

PROTUCULO

AG. JOÃO PESSOA

17 DE JUL 2018

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 13/07/18 HORA: ____ h

Liliane C. de Queiroz e Melo
COREN-PB 337474-ENF

Paciente: William Araújo Enfermeira: R. Leito: 3 Data: 23/07/18
07 DEZ. 2018

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

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: William Araújo Registro: _____ Leito: 2-3 Setor Atual: Ortop
 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: _____ Medicamentos 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: _____ %
 HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
 GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____
 Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas
 Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia. Local: _____
 Linguagem: Alteração: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.
 Obs.: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
 () VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 % PEEP cmH2O
 (X) Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____
 Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
 Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____
 Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____
 Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E: () Selo c'água

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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



SEGURANÇA FÍSICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:	
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR	
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> 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: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arrítmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () 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: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipação há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	
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: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 15/07/18 HORA: ____ h	
Liliane C. de Queiroz e Melo COREN-PB-337474-ENF	

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: JOÃO JOSE Registro: _____ Leito: 2-4 Setor Atual: 0870.4
Idade: 52 Sexo: M 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: _____ Medicamentos 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: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____
Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas
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 () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
07 DEZ. 2018
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

SEGURANÇA FÍSICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:	
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR	
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> 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 () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () 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: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () 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: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 15/07/18 HORA: ____ h	
Liliane C. de Queiroz e Melo COREN-PB/33744-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"/> Melhorar 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"/> Observar e registrar eliminação capilar, anotar e medicar 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 type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.	<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão 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"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.	<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.	<input type="checkbox"/> Outros
<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"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.	
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).	
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).	
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.	
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	
<input 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 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	

Carimbo e assinatura do Responsável: Eliziane C. de Oliveira e Melo Assessora Reta COREN-PE 132.154

FONTE: NIC/2010. CHAVES, L.D.; SOLIM, C.A.; SAE, 2010.

Paciente: William Brown	Enfermaria: 2-	Leito: 3	Data: 13/07/18
-------------------------	----------------	----------	----------------

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: William Araújo Silva Registro: _____ Leito: 2-3 Setor Atual: ORTO II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: 140/80 mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Preordialgia ()
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>OA</u> Data da punção <u>1/1/1</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: <u>1/1/1</u>	
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: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Inteira () 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: <u>1/1/1</u>
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: <u>1/1/1</u>
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: Descrição: Curativo: <u>1/1/1</u>
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-15deg); width: fit-content;"> <p>COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.</p> <p>07 DEZ. 2013</p> <p>PROTUCULO</p> <p>AG. JOÃO PESSOA</p> </div>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <u>19/07/18</u> HORA: <u> </u> h
<p style="text-align: center;"><i>Liliane C. de Queiroz e Melo</i></p> <p style="text-align: center;">COREN-PB 3374/4-ENF</p>	

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

Paciente: <i>William Araújo</i>	Enfermária: <i>2</i>	Leito: <i>3</i>	Data: <i>19/07/18</i>
1	Constipação	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Abdomes distendido () Dor à evacuação Outro () Anorexia () Dor abdominal ()
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro ()	Cavidade bucal ferida () Diarreia () Outro () Dor abdominal () Mucosas pálidas ()
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro () Ansiedade ()	Incapacidade de acessar o banheiro () Outro () Incapacidade de lavar o corpo ()
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
5	Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia () Taquipnéia () Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Circulação prejudicada () Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Destruição de camadas da pele () Invasão de estruturas do corpo () Rompimento da superfície da pele () Outro ()
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade () Desconforto () Rigidez articular Prejuízos músculo esquelético () Desuso () Outro ()	Dificuldade para virar-se () Dispnéia ao esforço () Outro Movimentos descontrolados ()
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na profundidade respiratória () Dispnéia () Batimento de asa de nariz () Ortopnéia () Outro ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite () Queimaduras () Vômito () Diarreia () Drenos () Outros ()	
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos () Defesas primárias inadequadas () Procedimentos invasivos () Outro ()	<i>Amarelado</i> <i>Amarelado</i>
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada () Medicamentos () Extremos da idade () Agitação/Desorientação ()	
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono () Outro () Ruído () Imobilização física ()	Mudança do padrão normal do sono () Outro () Relatos de dificuldade para dormir ()

<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input 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 type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão 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"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		<input type="checkbox"/> Outros
<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 frequência cardíaca).		
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
<input 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 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		

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: 120/70 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV
07 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

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

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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 (☐) Sopros (☐) Outros. Marcapasso: (☐) Transitório (☐) Definitivo

Cateter vascular: (☒) Periférico (☐) Central (☐) Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____

Edema: (☐) MMSS (☐) MMII (☐) Face (☐) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (☒) Nutrido (☐) Emagrecido (☐) Caquético (☐) Obeso.

Dentição: (☒) Completa (☐) Incompleta (☐) Prótese.

Alimentação: (☒) VO (☐) SNG (☐) SNE (☐) Gastronomia (☐) Jejunostomia (☐) NPT; Hora: Data : ____/____/____

Alterações: (☐) Inapetência (☐) Disfagia (☐) Intolerância alimentar (☐) Vômito (☐) Pirose (☐) Outros:

Abdômen: (☒) Normotenso (☐) Distendido (☐) Tenso (☐) Ascítico (☐) Outros:

RHA: (☒) Normoativos (☐) Ausentes (☐) Diminuídos (☐) Aumentados

Eliminação intestinal: (☒) Normal (☐) Líquida (☐) Constipado há ____ dias (☐) Outros:

Eliminação urinária: (☒) Espontânea (☐) Retenção (☐) Incontinência (☐) Hematúria (☐) SVD: Débito ____ ml/h;

Aspecto: (☐) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: (☐) Íntegra (☐) Ressecada (☐) Equimoses (☐) Hematomas (☐) Escoriações (☐) Outro:

Coloração da pele: (☒) Normocorada (☐) Hipocorada (☐) Ictérica (☐) Cianótica | Turgor da pele: (☒) Preservado

Condições das mucosas: (☐) Úmidas (☐) Secas | Manifestações de sede: (☐)

Incisão cirúrgica: (☐) Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____

Dreno: (☐) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____

Úlcera de pressão: (☐) Estágio: Local: Descrição: Curativo : ____/____/____

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: (☒) Independente (☐) Dependente (☐) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (☒) Satisfatória (☐) Insatisfatória | Higiene Corporal: (☒) Satisfatória (☐) Insatisfatória.

Limitação física: (☐) Acamado (☐) Cadeira de rodas (☐) Outro:

SONO E REPOUSO

(☒) Preservado (☐) Insônia (☐) Dorme durante o dia (☐) Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

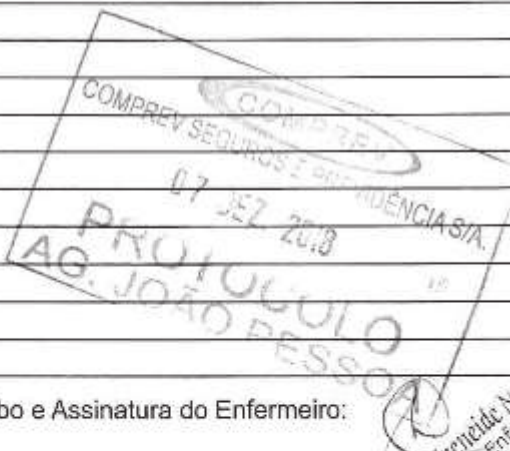
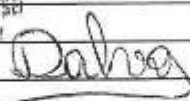
Comunicação: (☒) Preservada (☐) Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: (☒) Cooperativo (☐) Medo:
(☐) Ansiedade (☐) Ausência de familiares/visita (☐) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: (☐) Praticante (☐) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  
Dalvani Soares de Sousa
Enfermeira
COREN-PB 758.672

DATA: 22/12/18 HORA: _____ h

Paciente: <i>William Araújo</i>		Enfermaria: <i>3</i>		Leito: <i>3</i>		Data: <i>22/07/18</i>		
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO						
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
		Hábitos de evacuação irregulares ()		Lesão neurológica ()		Anorexia ()	Dor abdominal ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarreia ()	Outro ()
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()	
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()		
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
		Outros ()				Relato verbal de dor ()		
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()	
					Outro ()	Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarreia ()			
		Drenos ()	Outros ()					
10	Risco de Infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos (X)	Defesas primárias inadequadas ()			<i>Ambiente</i>		
		Procedimentos invasivos (X)	Outro ()			<i>Ambiente</i>		
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()		Medicações ()				
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()	
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()		
13	Outro							
14	Outro							

Paciente:	Enfermaria:	Leito:	Data:
1	Constipação	<div>Diuréticos ()</div> <div>Desidratação ()</div> <div>Estresse ()</div> <div>Outro ()</div>	<div>Abdome distendido ()</div> <div>Dor à evacuação</div> <div>Outro ()</div>
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	<div>Hábitos de evacuação irregulares ()</div> <div>Lesão neurológica ()</div>	<div>Anorexia ()</div> <div>Dor abdominal ()</div>
3	Déficit no auto cuidado para banho	<div>Fatores biológicos ()</div> <div>Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()</div>	<div>Cavidade bucal ferida ()</div> <div>Diarréia ()</div> <div>Outro ()</div>
4	Dor aguda	<div>Fatores psicológicos ()</div> <div>Outro ()</div>	<div>Dor abdominal ()</div> <div>Mucosas pálidas ()</div>
5	Hipertermia	<div>Prejuízo neuromuscular ()</div> <div>Dor ()</div> <div>Fraqueza ()</div> <div>Outro ()</div>	<div>Incapacidade de acessar o banheiro ()</div> <div>Outro ()</div>
6	Integridade da pele prejudicada	<div>Ansiiedade ()</div> <div>Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()</div> <div>Outros ()</div>	<div>Incapacidade de lavar o corpo ()</div>
7	Mobilidade Física prejudicada	<div>Anestesia ()</div> <div>Desidratação ()</div> <div>Trauma ()</div> <div>Outro ()</div>	<div>Alterações na pressão sanguínea ()</div> <div>Outro ()</div>
8	Padrão respiratório ineficaz	<div>Aumento da taxa metabólica ()</div>	<div>Relato verbal de dor ()</div>
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	<div>Extremos de idade ()</div> <div>Circulação prejudicada ()</div>	<div>Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()</div>
10	Risco de infecção	<div>Hipotermia ()</div> <div>Imobilização física ()</div> <div>Outro ()</div>	<div>Taquicardia ()</div> <div>Taquipnéia ()</div> <div>Outro ()</div>
11	Risco de queda	<div>Ansiiedade ()</div> <div>Desconforto ()</div> <div>Rigidez articular</div>	<div>Destruição de camadas da pele ()</div> <div>Invasão de estruturas do corpo ()</div>
12	Padrão de sono prejudicado	<div>Prejuízos músculo esquelético ()</div> <div>Desuso ()</div> <div>Outro ()</div>	<div>Rompimento da superfície da pele ()</div> <div>Outro ()</div>
13	Outro	<div>Ansiiedade ()</div> <div>Dor ()</div> <div>Fadiga ()</div> <div>Obesidade ()</div> <div>Outro ()</div>	<div>Dificuldade para virar-se ()</div> <div>Dispnéia ao esforço ()</div> <div>Outro</div>
14	Outro	<div>Prejuízos músculo esquelético ()</div> <div>Desuso ()</div> <div>Outro ()</div>	<div>Movimentos descontrolados ()</div>
		<div>Ascite ()</div> <div>Queimaduras ()</div> <div>Vômito ()</div> <div>Diarréia ()</div>	<div>Alterações na profundidade respiratória ()</div> <div>Dispnéia ()</div>
		<div>Drenos ()</div> <div>Outros ()</div>	<div>Batimento de asa de nariz ()</div> <div>Ortopnéia ()</div> <div>Outro ()</div>
		<div>Aumento da exposição ambiental à patógenos ()</div> <div>Defesas primárias inadequadas ()</div>	
		<div>Procedimentos invasivos ()</div> <div>Outro ()</div>	
		<div>Mobilidade física prejudicada ()</div> <div>Medicações ()</div>	
		<div>Extremos da idade ()</div> <div>Agitação/Desorientação ()</div>	
		<div>Falta de privacidade/controle do sono ()</div> <div>Outro ()</div>	<div>Mudança do padrão normal do sono ()</div> <div>Outro ()</div>
		<div>Ruído ()</div> <div>Imobilização física ()</div>	<div>Relatos de dificuldade para dormir ()</div>

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wiliam Araújo Registro: _____ Leito: 0203 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: 78 bpm; FR: _____ irpm; PA: 135 x 84 mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () 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 PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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: 24/07/18	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: 1/1/	
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: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: Drenagem D - Lúmen Curativo em: 25/07/18	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: 1/1/	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: 1/1/	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
07 JUL 2018	
PROTÓCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	
Liliane C. de Almeida e Miel COREN-PB 337474-EMF	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
DATA: 25/07/18 HORA: h	
Edilaci Mafalda Silva COREN-PB 432.124-TE	

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: William Braxo



Leito: 3

	D

Data: 25/07/18

[illegible]

<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input 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 type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão 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"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		<input type="checkbox"/> Outros
<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 frequência cardíaca).		
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
<input 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 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		

07 DEZ 2023
 PROTOCOLO
 AG-1046
 COMPRENSIVOS
 INDICADA
 Lailane C. de Queiroz Melo
 GOREN-PB-337 A-ENF

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

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

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 PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Letárgico ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Outro

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

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>AVP D</u> Data da punção <u>08/07/18</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () 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 () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo;	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: _____ () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> COMPREV COMPREV SECURE E PROVIDÊNCIA S/A 07 JUL 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> Verônica A. Lima da Silva Enfermeira COREN-PE/PB 382.194 </div> <div style="text-align: center;"> Maria José da Silva Franca COREN-PB 542016-TE </div> </div>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: <u>10/07/18</u> HORA: <u>11.00</u> h	



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: William Praygo Lima Registro: Leito: 2.3 Setor Atual: 601.11

2.AVALIAÇÃO GERAL

2. AVALIAÇÃO GERAL											
Sinais vitais:		Tax: 36 °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:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
07 DEZ. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA
FISCIA S/A

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA
Nível de consciência: (X) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

Respiração: (X) Espontânea () Sototeste ()		Comissura labial nº		FiO2	% PEEP	cmH2O
() VMNI () VMI TOT nº						

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

Ausculata 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:
---------------------------	---	---	-------------------------------

Data da inserção do dreno: ____/____/____		Aspecto da drenagem: _____					Data: ____/____/____ Hora: ____:____	
Gasometria arterial: PH		PCO ₂	PO ₂	HCO ₃	EB	SpO ₂		

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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 ()

Ausulta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:

Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado

Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: (x) Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

SONO E REPOUSO

(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo () Medo:

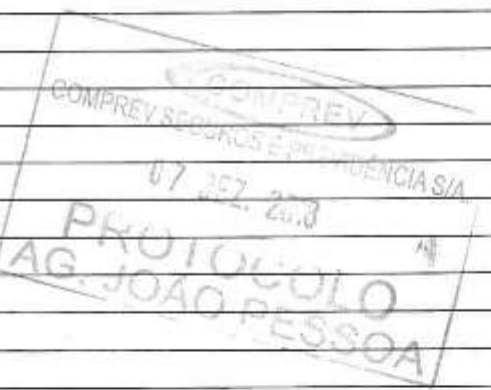
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:


5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS



Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 9/7/2018 HORA: 9:10

COREN 97464 Sônia Maria Costa
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN - PB 042.891

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: William Pereira Lima Registro: Leito: 2.3 Setor Atual: ad. II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 110/70 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV
07 JUL 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

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

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () 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 PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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 ()

Ausculata cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:

Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica **Turgor da pele:** () Preservado

Condições das mucosas: () Úmidas () Secas **Manifestações de sede:** ()

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: (X) Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória **Higiene Corporal:** () Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

SONO E REPOUSO

() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

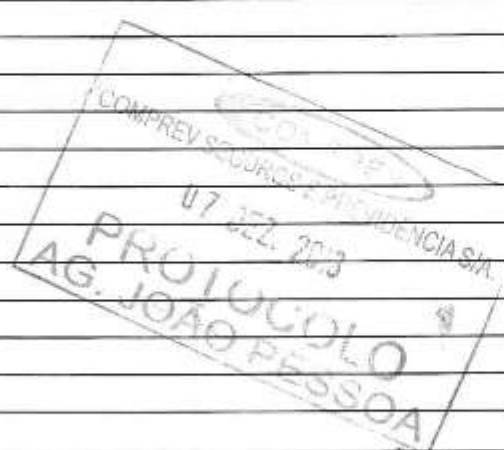
Comunicação: () Preservada () Prejudicada **Sentimentos e comportamentos:** () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

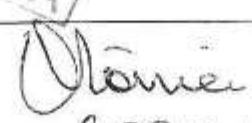
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS


RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS



Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 8/7/2018 HORA: 8:40



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: William Augusto Registro: _____ Leito: 2-3 Setor Atual: Int II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: 130/80 mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

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

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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 n° _____ Comissura labial n° _____ FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()

Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()

Ausulta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:

Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado

Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

SONO E REPOUSO

() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 12/07/18 HORA: ____ h

Liliane C. de Queiroz e Melo
COREN/PB 337474-ENF



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

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:

Enfermaria:

Leito:

Data:

/

/

/

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

() Avaliar distensão abdominal.

() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.

() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).

() Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.

() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).

() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).

() Observar e comunicar dificuldades alimentares.

() Encaminhar ao banho de chuveiro.

() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.

() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.

() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.

() Avaliar características, intensidade e local da dor.

() Avaliar alterações de sinais vitais.

() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.

() Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.

() Incentivar a ingestão de líquidos.

() Observar reações de desorientação/confusão.

() Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.

() Analisar condições do curativo.

() Orientar e estimular a hidratação da pele.

() Orientar e estimular a movimentação no leito.

() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.

() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.

() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).

() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).

() Realizar balanço hídrico.

() Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.

() Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.

() Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.

() Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.

() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).

() Manter as grades do leito elevadas.

() Contar o paciente quando necessário.

() Manter ambiente calmo e tranquilo.

() Orientar repouso no leito.

() Administrar medicação CPM.

() Outros

() Outros

() Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.

() Melhora a acatitação alimentar.

() Manutenção da glicemia estável.

() Auxílio diário às necessidades de higiene.

() Controle da dor (melhorada / ausente).

() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.

() Melhora da integridade da pele.

() Diminuição do risco de lesão.

() Mobilidade física melhorada/eficaz.

() Melhora da perfusão tissular.

() Padrão respiratório eficaz.

() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.

() Diminuir o risco de infecção.

() Diminuir o risco de queda.

() Melhora do padrão do sono.

() Outros

() Outros

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: William Dunga Registro: _____ Leito: 03-03 Setor Atual: Inte II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: 120x80 mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente (☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

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

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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 () Dispneia () Outros: _____

Ausulta 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 1/1/1 Aspecto da drenagem torácica: _____

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Folha de Sala - Recuperação Pós-Anestésica		Idade: 18
Paciente: William Augusto Silva		Data: 24.07.18
Convênio: SUS		
Procedimento: Osteossíntese ombro DEU		
Cirurgião: Dr. Yury	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Marcelo
Início: 14:40	Término: 21:50	Anestesia: Bloqueio

[illegible][illegible]

Observações:	
Assinatura Anestesista	Circulante

CONTR. REV. 1

COMP. REV. SEC. BROS. E PRE. VENC. C. A. B. N.

07.12.2018

PROTOCOLO


MG. JOÃO PESSOA

MOD. 1



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		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		1
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		1
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		1
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		1
TOTAL DE PONTOS:		5


Assinatura do anestesista



DIAGNÓSTICO.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Examen físico	Pruebas de laboratorio	Tratamiento	Seguimiento
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
49.				
50.				
51.				
52.				
53.				
54.				
55.				
56.				
57.				
58.				
59.				
60.				
61.				
62.				
63.				
64.				
65.				
66.				
67.				
68.				
69.				
70.				
71.				
72.				
73.				
74.				
75.				
76.				
77.				
78.				
79.				
80.				
81.				
82.				
83.				
84.				
85.				
86.				
87.				
88.				
89.				
90.				
91.				
92.				
93.				
94.				
95.				
96.				
97.				
98.				
99.				
100.				

$$W = \frac{1}{2} \rho \omega^2 A^2$$

Alojamento:

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Evolução Médica

1. Dieta

1. Dieta

2. SRL 1500ml EV/24h

3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h

4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h

5. Omeprazol 40mg EV/ieium

6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN

7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN

8. Clexane 40mg SC/dia

9.SSVV + CCGG

~~Dr. David~~
~~Dr. David~~

~~CONFIDENTIAL~~

1892

07 JUL 2010

PROTOCOL

~~CONFIDENTIAL~~

14-07-18
PA= 130x60
P: 75

Marta Angelica Alves
Téc. em Informagém
COREN-PA 001.142.131

5

Agenda 2018

10/10/18

Recebi

6

PROJOCULO
AG. JOAO BESSOA
07.12.2018
COMPREV
COMPREV SEC. 142.131

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: William Araujo Silva	Idade: 18
Convênio: SUS	Data: 24.04.18
Procedimento: Osteossíntese ombro DE	
Cirurgião: Dr. Vitor	Auxiliar:
	Anestesista: Dr. Marcelo
Início: 14h40	Término: 21:50
	Anestesia: Bloqueio

[illegible][illegible]

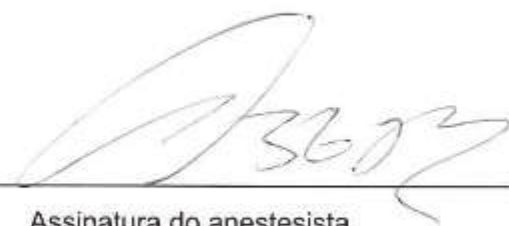
Observações:

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		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		3
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		4
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		5
TOTAL DE PONTOS:		10


Assinatura do anestesista



medicamento mililiter

medicamento - 1 ml

1- 200 mg 192-8

2- 200 mg 192-8

3- 200 mg 192-8

4- 200 mg 192-8

5- 200 mg 192-8

6- 200 mg 192-8



13.07.18 14:30'

* Não foi administrado CHINDAMICINA (IV) no leito das 12h, pois não chegou o kit da farmácia e não dispomos de mais.

12.07.18 06:00

* Paciente recusa sexo.

Edilaci Maria da Silva
COREN-PB 432.124-TE

Edilaci Maria da Silva
COREN-PB 432.124-TE

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica


Paciente: William Augusto Silva	Idade: 18
Convênio: SUS	Data: 24.07.18
Procedimento: Osteossintese ombro "E1"	
Cirurgião: Dr. Gary	Auxiliar:
	Anestesista: Dr. Matheus
Início: 14:40	Término: 21:50
	Anestesia: Bloqueio

[illegible][illegible]

Observações:

**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		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		3
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		4
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		5
TOTAL DE PONTOS:		10


Assinatura do anestesista



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

168.28518.87-7

0422284 0050 PB

William Araujo Sil do




QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASIL

WILLIAM ARAUJO SILVA

FILIAÇÃO.....: JOSE DE ARAUJO SILVA
ANA CRISTINA DA SILVA

NASCIMENTO.....: 05/11/1999 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE - PB

DOCUMENTO.....: R.G. 3449023 SSOS PB 23/05/2006

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 111.874.754-60 CNH.....:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE CAMPINA GRANDE/PB - 08/06/2015

07.27.2018

COMPROV. SEGUROS FUND. PREVID. SIA

PROTUDOIO

ARQUIVO DESCOV

PROJOCOLO 17.2.2008
COMISSÃO DE RECURSOS E RECURSOS

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Pedro Oliveira de Lucena
Campina Grande

SELO DIGITAL: AF144766-70JS
Consulte a autenticidade em selodigital.tjpb.jus.br

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Boa: 3341-6035
CNPJ: 09.365.745/0001-76
Esl. Pedro Oliveira de Lucena

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande **28 06 17**

Sl. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 9.014/84)


 ASSINATURA DO PRESTADOR
André Bruno Sacramento


 OBSERVAÇÃO

12768720

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADOGADO

INACIO BRUNO SARMENTO

FRANCISCO BRUNO E SILVA
MARIA AUXILIADORA SARMENTO

OLMO D'AGUA-PB

211933 - SSP/PB

20/03/2017

21472

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - RJ 012235783920

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
PRT 20150100107201-0

1 0106532139-0 00/00000000 2015

DOUGLAS EUSTACHIO DOS SANTOS

70960751432 QF98180/PB

NOVO PB 9C2JB0100GR103436

HONDA/POP 1101

2015 2015

2 P/109 /CI PARTIC BRANCA

IPVA PAGO EM 08/10/2015

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

A.F. ALM DE CONC NACIÓN HONDA LTDA

CAPTIVA GRANDE-PB

09/10/2015

07 DEZ 2018

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

COMPREV

PB Nº 012235783920 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.DPVATSEGURODOBRASIL.COM.BR
SAC DPVAT 0800 032 1354

2015 09/10/2015

1 70960751432 QF98180/PB

01065321390 HONDA/POP 1101

2015 9 9C2JB0100GR103436

PREMIO TARIFARIO

***** A***** A***** A***** A***** A***** A*****

***** SEGURO PAGO

08/10/2015

SEGURODORA LIDER - DPVAT

7093781-1149286-2015 1009

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	William Araujo Silva
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Estudante
IDENTIDADE:	3449023
ENDEREÇO:	Trav. Coelho Pequeno n. 322

OUTORGADO

NOME:	Maia Bruno Sarmiento
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Advogado OAB/PB 21472
IDENTIDADE:	2131933
ENDEREÇO:	Rua Diminuímos Alvo Coroa, 4020, Loja 02 - C. Grande - PB

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 de 2018

LOCAL E DATA



William Araujo Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de WILLIAM ARAUJO SILVA Dou fe. Campina Grande/PB - 12/09/2018 Substituta: NELIA MELLO LUCAS Selo Digital ANE93010-1E4N Consulte a autenticidade em http://sede.digital.tpb.jus.br Emol R\$12,48 Forp R\$10,28 Lp R\$10,11 Forj R\$1,74	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443477/18

Vítima: WILLIAM ARAUJO SILVA

CPF: 111.974.754-60

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 04/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILLIAM ARAUJO SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 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

INACIO BRUNO SARMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca