

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190103622

Vítima: JAILTON VENTURA DA SILVA

Data do Acidente: 16/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VIVIAN LUIZA PEREIRA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILTON VENTURA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JAILTON VENTURA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000904

Conta: 0000011450-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	081.259.304-93	JAILTON VENTURA DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
JAILTON VENTURA DA SILVA	081.259.304-93	
Profissão:	Endereço:	Número:
ASS. ADMINISTRATIVO	RUA PROF. FELISMINA C. DE OLIVEIRA	S/N
Bairro:	Cidade:	Estado:
CENTRO	SERRA REDONDA	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58385-000	

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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: 0904	CONTA: 00011450	9
(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

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

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

Local e Data, _____
 Nome: _____
 CPF: _____

[Assinatura de quem assina A ROGO]

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

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

ARVILE CORRETORA
 06 FEV. 2019
 081.2221-5930

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



ARVILE CORRETORA
06 FEV. 2019
TEL.: (83) 3321-5930





Governo do Estado da Paraíba
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
2ª Superintendência de Polícia Civil
Delegacia de Polícia Civil de Serra Redonda
Rua Epitácio Pessoa, sn, Centro - Serra Redonda/PB



Ocorrência nº083/2018

Versando sobre: acidente de motocicleta

Data do fato: maio/2018 CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA

Eu, **ROSIMAR ARAÚJO DA SILVA**, Agente de Investigação Policial, CERTIFICO para os fins a que se fizerem necessários que, revendo o livro virtual de ocorrências **083/2018** encontrei a ocorrência **083/2018** que apresenta o seguinte teor: "Aos quatorze (14) dias do mês de julho de **2018**, nesta cidade de Serra Redonda - Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, onde se fazia presente o(a) Bel(a). **JOSÉ DE ARIMATEA MORAES DA SILVA**, Delegado(a) titular desta unidade policial. À por volta das 17h:15min compareceu o(a) Sr(a). **JAILTON VENTURA DA SILVA**, Brasileiro, solteiro, com 29 anos de idade, nascido em: 25/06/1989, natural de João Pessoa/PB, filho de Raimundo Francisco da Silva e de Aurieldice Ventura da Silva, RG nº 3319193 - SEDS/PB, CPF nº 081259304 - 93, profissão Assistente Administrativo, residente e domiciliado na Rua Professora Felismina Cavalcante de Oliveira nº 31 centro Serra Redonda PB, fone 83 (OI), o(a) qual após cientificado das penalidades culminadas com o Art 299 do C.P.B. (falsidade ideológica) vem notificar QUE: no dia 16/05/2018, por volta das 21:30 horas, vinha pilotando sua motocicleta de Marca HONDA/CG 150 TITAN ESD, de cor preta, ano 2013, placa OGB 3455, chassi 9C2KC1650DR311319, licenciada em nome do noticiante, que ao passar na estrada PB 095, nas imediações da fazenda Haras primaveras zona rural de Massaranduba, foi surpreendido por uns cachorros, que colidiu com um dos cachorros, provocando um grave acidente, que, foi acionado o SAMU, sendo levado para o hospital de traumas na cidade Campina Grande - PB, ficando interno 16 dias, submetendo a cirurgia, que provocou ruptura no tendão patelar posterior direito, avulsão de LCP de HID, um corte profundo no joelho direito e escoriações na perna lateral direita segue em anexo laudo médico. Nada mais disse nem lhe foi perguntado, dada e passada nesta Data.



JAILTON VENTURA DA SILVA
NOTICIANTE

ROSIMAR ARAÚJO DA SILVA
AG. DE TELEC. POLICIAL

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS - SERRA REDONDA - PB
Rua Epitácio Pessoa, Centro - Serra Redonda - PB
E-mail: cartorio@serredonda.pb.jus.br

AUTENTICAÇÃO

Certifico que o presente documento foi autenticado no sistema de registro civil do Estado da Paraíba, em 10/09/2018.

Serra Redonda - PB

10/09/2018

SELO DIGITAL AH684596-3VX0

Consulte a autenticidade em <https://digital.spb.jus.br>

Cartório do Registro Civil e Notas
Serra Redonda-PB
Alana Suene Nunes Alves
OFICIALA
Lane Rose Nunes de Oliveira
ESCREVENTE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	081.259.304-93	JAILTON VENTURA DA SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
JAILTON VENTURA DA SILVA		081.259.304-93	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
ASS. ADMINISTRATIVO	RUA PROF. FELISMINA C. DE OLIVEIRA	S/N	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
CENTRO	SERRA REDONDA	PB	58385-000
E-mail:	Tel. (DDD):		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0904	CONTA: 00011450	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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

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

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

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

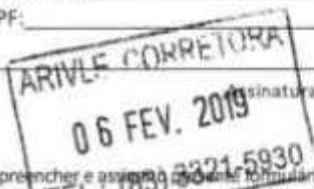
CPF: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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





DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

DATA: 16/5/2018	HORA: 22:00 HS	ID Nº: 1695755
NOME:	JAILTON VENTURA DA SILVA	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	ESTRADA DE MASSARANDUBA-BR/APÓS FAZENDA AMAZÔNIA	
COMPLEMENTO:	EM FRENTE A FAZENDA HARAS PRIMAVERA	
CIDADE:	MASSARANDUBA/PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 20 de junho de 2018.




Deoclécio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILTON VENTURA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000011450-9

Nr. da Autenticação 8C8E18BE47609F63

AURIELDO VENTURA DA SILVA
 RUA PROFª FELICIANA CAVALCANTE DE OLIVEIRA, 511 - CENTRO
 BARRA REDONDA / RJ CEP: 28060-000 (A.O. 113)
 Emissão: 09/08/2018 - Referência: Ago / 2018
 Classe/Serviço: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 120V, 60Hz - Centro Redutor - 120V Fuso - PE - CSP 0021-880
 Rotam: 3 - 85 - 885 - 4751 - NF medidor: 90008763488



ENERGISA PARÁ-BA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ: 08.026.183/0001-40 - Ins. Est. 16.045.823-0

Serviço: Cessão Energia Elétrica 120V 60Hz
 Cód. para 24h: Automático: 9001781818

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	09/08/2018	06/09/2018	863.863.486- Ins. Est.
UC (Unidade Consumidora):			5/1776161-0

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 10/07/18 Leitura: 5851	Data: 09/08/18 Leitura: 5895	1	137	27
Demonstrativo				
CC: Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Custo
0001 Consumo em kWh	135.000	0,739020	99,28	99,28
0001 Adic. E. Mensal		0,25	3,53	3,53

CC: Códigos de Classificação Alter. TOTAL 108,22 108,22 28,21 108,22 1,17 5,40

Média últimos meses (kWh) 137 **VENCIMENTO 16/08/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 108,22**

Histórico de Consumo (kWh)

130	128	118	128	118	148	125	141	154	130	132	165
Apr/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18

3c32.c243.62a1.79da.7d34.b13c.5d16.7d21.

Indicadores de Qualidade				Condições de Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
FC MENOR	1,47	0,00	NORMAL	Serviço de 120V da Energisa PE	28,18	28,18
FC FATORIAL	2,14	0,00	CONTRATADA	Limite de Energia	30,41	30,41
FC CANAL	2,14	0,00	CONTRATADA	Limite de Tensão	28,18	28,18
FC MENOR	2,14	0,00	CONTRATADA	Limite de Energia	30,41	30,41
FC FATORIAL	2,14	0,00	CONTRATADA	Limite de Tensão	28,18	28,18
FC CANAL	2,14	0,00	CONTRATADA	Limite de Energia	30,41	30,41
TAC	12,00	0,00	CONTRATADA	Limite de Tensão	28,18	28,18
OCB	12,00	0,00	CONTRATADA	Limite de Energia	30,41	30,41
				Total	108,22	100,00

Atividade: 09/08/2018 18:11:11

ATENÇÃO

Faturas em atraso

ARIVLE COOPRETORA
 06 FEV. 2019
 TEL.: (83) 3321-5930

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL7 DATA DE POSTAGEM 06/01/2018

VIVIAN LUIZA PEREIRA DA SILVA
RUA JOAO PESSOA, 03
CENTRO
56398-000 REMIGIO PB

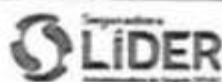


771130702130543340112508053008011M

RIVE CORRETORA

06 FEV. 2019

TEL: (83) 3321-5930



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0200 022 12 04

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&COORIG=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 613/98.

Pelo exposto, eu VIVIAN LUIZA PEREIRA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.895.874-201, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JAILTON VENTURA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.259.304-83

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JAILTON VENTURA DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.259.304-83, conforme determinação da Circular Susep 445/12

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA JOAO PESSO</u>	Número: <u>03</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>REMÍGIO</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>vivianluizaadv@yahoo.com</u>	CEP: <u>58398-000</u>	Tel. (DDD): _____

Remígio, 06 de fevereiro de 2019

Vivian Luiza Pereira da Silva

ARVLE CORRETORA
06 FEV. 2019
TEL.: (83) 3321-5930

Exame Secundário / Parecer Médico

O 50 Pte. Uprunto entendi
e verba da
A morte também posterior
da minha filha e da CP

10: Sinteren + (de polve)

DE ARMA DO ARMA DO MARINHO
FACULDADE DE CIÊNCIAS
CIBIA-RB 93

DESTINO DO PACIENTE	/	/	38	38	38
---------------------	---	---	----	----	----

() Centro chirúrgico.

Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A revela
X () Decisão Médica

(continued)

(continued)

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

1040E

2/12

~~Handwritten text, possibly a signature or name.~~

Handwritten text, possibly a signature or name.

Handwritten text, possibly a signature or name.

Handwritten text, possibly a signature or name.

Handwritten signature or mark.

Handwritten text, possibly a signature or name.

Handwritten text, possibly a signature or name.

Handwritten signature or mark.

[illegible]

ORTOP I
LEUV 9.2

560 035

[illegible]

Wolff, D.

33

⑦ $\frac{1}{2} \log 12$

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25	Dieto tube		9 DM
5	Diphtheria top 10 c/gelis Tilactil 1 fl m 12/12k (SM) Cecy . psu Osteomielite da mandíbula Osteonecrose da mandíbula Celulite da mandíbula	12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	Estável Dr. Libe - W de

[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

5-3

for 2671013 de Fibris

Paciente	Jairton			Alojamento	Leito	Convênio
----------	---------	--	--	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/05/2019	Dieta Livre. Paracetamol 500mg VO 8/8h Diluição 4 + 55ml	14:00 F	36,6, 40,2, 41,1 C17.0996

[illegible]



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

LEITO 5-1

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/5	1 DIETA PARA HAS 1 dia de jejum 2 SRL 1500ML EV EM 24H 3 DIFPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 4 NALUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN 5 TRANAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8H 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN 7 OMEPRAZOL 40MG + DIL EV EM JEJUM PELA MANHÃ 8 CLEXANE 40MG SC A NOITE 9 MEDICAÇÕES DE USO CONTINUO COM A PACIENTE SUSPENSAS 10 FISIO MOTORA 11 CCGG+SSVV (12) Suspensão de medicação com a paciente em jejum		Hx = DIL RGO, anorexia, distensão abdominal Sinais: (+) suprapúbica (+) abd: flácido Agudo crônico

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
27/05	12,15				120 80		Paciente, evolui sem feixas, aguarda cirurgia, medicado segue às evoluções de enfermagem	
								Josane Cristina de Albuquerque COREN-PB 171.938-TE
07/05	19,32				120 80		Paciente, evolui sem feixas, às evoluções de enfermagem	
								Josane Cristina de Albuquerque COREN-PB 171.938-TE

Data Hora T PA
20:05.18. 08:00 36.8°C 130x80

Area Hita Brasileira de Sinais
COPEN-48-432 15-15-15

1988 0200
and

20

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Examen físico	Pruebas de laboratorio	Tratamiento	Evolución
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				

[illegible]

Alolamento: 07

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

1. Dieta

1. Dieta	liv
2. SBL	1500ml EV/24h

2. SBL 1500ml EV/24h 210

3. Dipirona 02ML+ AD EV 05/05h

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

5. Omeprazol 40mg EV/jejum

6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV R/8h SN

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

8. Clexane 40mg SC/dia

9.55W + CCGG

Evolução Médica

Horário

Feb 1961

9/2/15/15

Dr. Wagner Falcão
CRM/PA 8642

51132

fine

51132

Joachim von der

f

© 1977 H

CT

10

sc. writing as motor writing

sc. writing as motor writing

sc. writing as motor writing





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DA ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

ATESTADO MÉDICO

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS SERRE REDONDA-PB
Rua Dom Adalberto - Serra Redonda - PB
E-mail: cartorio@serre-redonda.pb.gov.br

ATENTICAÇÃO

Cartório do Registro Civil e Notas - Serra Redonda - PB
Serra Redonda - PB
SELO DIGITAL: 46X97396-F186
Consulte a autenticidade em: www.sigatufp.pb.gov.br

ATESTO que Paulton Ventura da Silva

foi atendido(a) hoje, às 01 (uma

horas, necessitando de 60 (sessenta

dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

Cartório do Registro Civil e Notas
Serra Redonda-PB

Alana Suene Nunes Alves
OFICIALA

Lane Rose Nunes de Oliveira
ESCREVENTE

DIAGNÓSTICO CID S92

Campina Grande, 01 / 05 / 19

DR. EDUARDO FERNANDES DA SILVA
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 6607

Ass. do Médico - CRM Nº

End.: Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina grande - Paraíba

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Pilton Ventura da Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 30 / 05 / 18

Nº PRONTUÁRIO: 1655981 FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: Aneurisma de LCP de MID

PROCEDIMENTO: Tratamento cirúrgico

MÉDICO (CARIMBO): Dr. André Ribeiro

MOO. 120

Segunda Feira 06:00hrs

02/07/2018

03-8-2018 - Dr. André, médico

31/08/18

28.09.18

os 6hs manhã-

os 6hs manhã

SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO 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

JAILTON VENTURA DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1656003

7 - CARTÃO DO SUS

702608228071049

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/06/1989

9 - SEXO

MASC ☒ F ☐FEM ☐ D ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

AURIELDICE VENTURA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 88239811

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

PROF FELISMINA CAVALCANTE DE O, 31, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serra Redonda

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

251580

15 - UF

PB

16 - CEP

58385000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com queixa de dor, apresentando dor e edema +
↓ não tem pulso @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ITA crônico

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

Exame físico + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Ex. Externo total @

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

980016004346719

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ANDRÉ RIBEIRO ARAUJO MENEZES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

17/05/2018

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /

17 63-11 1201 120

100 1000

4 1/2 1/2 1/2 1/2 1/2

100 100 100 100

1 1/2 1/2 1/2 1/2 1/2

Data da internação: 17/05/2018 Hgra: 01:08:47

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

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

JAILTON VENTURA DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1656003

7 - CARTÃO DO SUS

702608228071049

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/06/1989

9 - SEXO

MASC ☒ FEM ☐

10 -

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

AURIELDICE VENTURA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 88239811

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

PROF FELISMINA CAVALCANTE DE O, 31, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serra Redonda

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

251580

15 - UF

PB

16 - CEP

58385000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

02

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

980016004346719

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

17/05/2018

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - N° DO BILHETE

36 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ EMPRESA

38 - CNAE DA EMPRESA

39 - CBOE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - COD. ORGÃO EMISSOR

43 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

[illegible]

DIAGNÓSTICO

2 Espirrita Tíbia (D)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Jailton Ventura		Alojamento:	Leito	Convênio
Data	13/05				
Prescrição Médica	1. Dieta h.l.m. 2. 1500ml EV/24h 3. Dipirona 0,25g + AD EV 05/06h 4. Tifetil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN // 7. Neusedron 01 FA + AD EV 8/8h SN // 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG				
Horário	12:00 18:00 20:00				
Evolução Médica	Tratado com sucesso 17:00				

Jatlon Varfua m S. fia

Solicit

Rx Joelho (D) AP + P.

Motiv.

Prs - P.

30/05/18

RAIO X
REALIZADO EM:
30/05/18

27

RECEITUÁRIO DE ENTORPECENTES

Paciente: _____

Apartamento Nº: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Medicamento: _____

Diagnóstico: _____

Justificação: _____

Ass. Médico: _____ CRM: _____

Campina Grande, ____/____/____



GOVERNO
DA PARAÍBA



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

PACIENTE: gabriel Bastos IDADE: 1 DATA: 1
AMBULATÓRIO () EMERGÊNCIA () ALA ()

IMOBILIZAÇÃO CESSADA			TALAS TIPO			IMOBILIZAÇÃO NÃO CESSADA		
	D	E		D	E		D	E
Axila Palmer			Pinça de Confeiteiro			Colar Cervical		
Velpeau			Axila Palmer			Velpeau		
Luva			Luva			M.I		
Pêlvico Podálico			Splice			Tinola		
Coxo Podálico			Coxo Podálico			Jones		
Tubo			Tubo			Enfaixamento		
P.T.B			Joelhairs			Esparsadrapagem		
Bota			Bota			Splint		
Ante Pé			Ante Pé			Cito		
Observações:			Observações:			Observações:		

30/08/18
DATA

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MÉDICO ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
C.R.O. 12.212

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente <i>Paulton Ventura da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>30/05/18</i>	Enf. <i>09</i>		Leito <i>02</i>
Operador <i>Dr. André Ribeiro</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Ylberly (Anes)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Eder (Anes)</i>	3º Auxiliar		Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Ampliação de LCP de M.D.</i>			
Tipo de Operação <i>Exatidão de análise</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Q normal</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
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) Ponto no DVH no estômago
- 2) Drenagem + aspiração + campo estéril
- 3) Invasão ou por posterior de partes duras (fome, náuseas) + drenagem por planos + hemostasia
- 4) Enclavado precoce na sulca de LCR
- 5) Redução anista de pulmão
- 6) Torção e perfuração costal nº 62 + anula no espaço
- 7) Lente 80 + sutura na pleura + curativo + tala gessada
- 8) Ponto vertical - à RPA

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
Médico Especialista em Cirurgia Geral
CRM 15.920 - SP

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Paulo Ventura da Silva DN 25-06-1989

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO

CIRURGIA *Pro. de punção de*

CIRURGIÃO *Dr. Antônio de Jesus*

ANESTESIA *Rodriguez*

ANESTESIA *Dr. Almir*

INSTRUMENTADORA *Flavio*

DATA

INICIO

FIM

30-05-18

16:00

16:30

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	<i>01</i> <i>0,12 % ml</i>	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	<i>01</i> <i>Macromed</i>	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protorido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelcin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml		Mononylon	
	Thionembutal ml	Intracath Adulto	<i>02</i>	Mononylon D	
	Tracium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>01</i> Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
<i>04</i>	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
<i>01</i>	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	<i>03</i> <i>Decadron</i>	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	<i>02</i> <i>Decadron</i>	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	<i>0</i>
	Flebocortid amp.	Luvas 8.5			
	Geramicina amp.	Oxigênio l/m			
	Glicose amp.	Polfix			
	Glucos de Cálcio amp.	PVPI Degemante ml			
	Haemacel ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Heparema ml	Sabão Antisséptico <i>p/ lixo</i>		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Kanakion amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Lasix amp.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Medrotrinazol	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Piasil amp.	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Protamina	Sonda			
	Revivan amp.	Sonda foiey	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Suptanon amp.	Sonda Nasogátrica		<i>01</i> <i>Bio</i>	
	Cefalotina 1g	Sonda Uretral n°		<i>01</i> <i>8</i>	
		Sterydrem ml		<i>01</i> <i>PRN</i>	
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28	Látex			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	<i>eletrado</i>			
<i>01</i>	Aguilha p/ raque n°				
<i>05</i>	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

CIRURJO ANTE RESPONSÁVEL

TÉC. DE ENFERMAGEM

COREN - PE 703.772

00/01/2018

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME		IDADE	SEXO	COR	
		Jullian Ventura		28	M		
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
30/06/12							
TIPO SANGÜINEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÊRIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATORIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URBÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATRAVOCOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO					ESTADO FRIO	RISCO	
Fratura por avulsão de LCP							
ANESTESIAS ANTERIORES							
CAÇÃO PRE-ANESTESICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTESICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LIQUIDOS	SF/DL				MANUTENÇÃO 1) Oxetacina 2g 2) Toraxican 40mg 3) Prometidina 50mg 4) Dexametasona 10mg 5) Piroxicam 20mg		
CONDIÇÕES	VP: ARTERIAL: OPI O: RESPIRAÇÃO AX: ANESTESIA				ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Início: 15:20				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Ostr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
POSICÃO	Decubito ventral				Com cânula: Para o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:		
AGENTES	Fentanyl 1ml + Remifentanyl 1ml + Propofol 1amp + Desflur 1amp + O2						
TÉCNICA	Proximamente				CÂNULAS		
OPERAÇÃO	Tratamento cirúrgico						
CRUÍDIOES	Dr. André + Dr. Yury (RA) + Dr. Euler (RA)						
ANESTESISTAS	Dr. Euler						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE OPERATORIAS E PÓS-OPERATORIAS.					PERDA SANGÜINEA		

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Ailton Ventura da Silva		Idade:	33 anos	
Convênio:	port. 16359.91		Data:	30/05/18	
Procedimento:	Análise de avaliação de LCP de mdt				
Cirurgião:	Dr. André	Auxiliar:	Dr. Yuri	Anestesista:	Dr. Aruim
Início:	16h	Término:	16:30	Anestesia:	Raqui

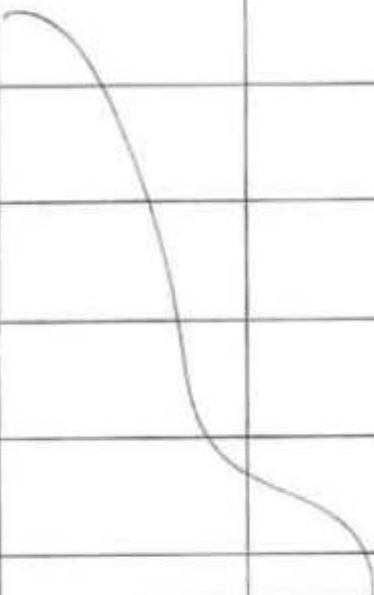
[illegible][illegible]

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		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

*Alta
RPA*

Antonio Rafael S.C. Almeida
CRP: 13.510
CREMESP 131434

Assinatura do anestesista

**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**Rastreamento
9340Hospital: Hospital de Trauma Código: _____Procedimento: Tratamento de fratura de fêmur Cód. Procedimento: _____Paciente: Yulian Ventura da SilvaData da Cirurgia: 30/05/16 Nº prontuário: 1655981 Convênio: _____Cirurgião: Dr. André Ribeiro Código: _____ ☐ Reposição ☐ Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Parafuso 4.5			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (~) mm	Nº	54						
	Qtd.	01						
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	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: _____

Onf II

J-J

Sr(a): JAILTON VENTURA DA SILVA Protocolo: 0000402681 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): EVERLAN MEIRA Data: 17-05-2018 11:55 Origem: ÁREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 28 anos Destino: ÁREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 17/05/2018 11:54]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrocitos.....	4.7 milhões/mm ³	4.0 a 5.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13.1 g/dL	13.0 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	39.5 %	37.0 a 47.0 %
V.C.M.....	84 fL	82.1 a 102.0 fL
H.C.M.....	28 pg	27.0 a 32.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	13.900 /mm ³	4.200 a 10.200 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos.....	0	0
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	6.0	834
Segmentados.....	76.0	10.564
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....	14.0	1.946
Típicos.....	0	0
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	4.0	556
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	192.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

[Assinatura]
Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRM 3010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: A2CC-5094-CFA6-F93A-32F6-E13F-69B4-2E91



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Set(a): JAILTON VENTURA DA SILVA
Dr(a): EVERLAN MEIRA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Protocolo: 0000402681
Data: 17-05-2018 11:55
Idade: 28 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: ÁREA AMARELA
Destino: ÁREA AMARELA

TEMPO DE COAGULACAO 6'00'' min

DATA DE RECEITA: 17-05-2018 11:55
MATERIAL: Soro
Método: Spectrophotometry

Tempo de Referência:
De 5 a 11 minutos
De 5 a 11 minutos

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00''

DATA DE RECEITA: 17-05-2018 11:55
MATERIAL: Soro
Método: Tube

Tempo de Referência:
De 1 a 3 minutos
De 1 a 3 minutos


Geraldina R. Fossaca Neto
Biómedico
CRM 5010

Este laudo foi assinado digitalmente com o número: 4E5F-7ED8-7EFA-125D-2356-4A7C-D27B-FBA9



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jailton Ventura Idade: 70 anos Sexo: M Leito: 1 - 1 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 98 °C; P: 78 bpm; FR: 18 irpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 98 bpm; SPO2: 98 %

HGT: 170 mg/dl; Peso: 70 Kg; Altura: 170 cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

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 () 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:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:		Enfermaria:		Leito:		Data:		/ /	
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
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 a 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								

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar distensão abdominal.			☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			☐ Melhora a aceitação alimentar.
☐ Aferir glicemia capilar, anotar e mediar CPM.			☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, mediar CPM, reavaliar em 30 minutos).			☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.			
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.			☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Realizar banho no leito (SN) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			☐ Melhora da integridade da pele.
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			☒ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.			☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Avaliar alterações de sinais vitais.			☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.			☒ Diminuir o risco de infecção.
☐ Observar reações de desorientação/confusão.			
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Analisar condições do curativo.			
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.			☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.			☐ Outros
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			☐ Outros
☐ 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			

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a): Enfermeira Caroline Leite Auredey Vicente Leite
 Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem: COREN-PB 216.007-7E

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Faílton Ventura Registro: _____ Leito: 3-3 Setor Atual: Orto 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 () Midriáticas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

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

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

PERCEPÇÃO DOS 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.



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

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Gulston Ventura		Enfermária:	J	Leito:	1	Data:	28/03/18
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
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 ()	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 ()		
		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 ()		
		Hipotermia ()		Imobilização física ()		Invasão de estruturas do corpo ()		
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()		Desconforto ()	Rigidez articular	Rompimento da superfície da pele ()		
		Prejuízos músculo esquelético ()		Desuso ()	Outro ()	Outro ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()		Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Outro ()	
		Ascite ()		Queimaduras ()	Vômito ()	Dispneia ao esforço ()	Outro ()	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Drenos ()		Outros ()		Batimento de asa de nariz ()		
		Aumento da exposição ambiental à patógenos		Defesas primárias inadequadas ()		Ortopnéia ()		
10	Risco de infecção	Procedimentos invasivos		Outro ()				
		Mobilidade física prejudicada ()		Medicações ()				
11	Risco de queda	Extremos de idade ()		Agitação/Desorientação ()				
		Falta de privacidade/controle do sono ()		Outro ()		Mudança do padrão normal do sono ()		
12	Padrão de sono prejudicado	Ruído ()		Imobilização física ()		Relatos de dificuldade para dormir ()		
13	Outro							
14	Outro							

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar distensão abdominal.			☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ 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.			☐ Melhora a aceitação alimentar.
☐ 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).			☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.			
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.			☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ 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 antiérmicos, avaliar e registrar os resultados.			
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.			☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Observar reações de desorientação/confusão.			
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			☐ Melhora da integridade da pele.
☐ Analisar condições do curativo.			☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.			
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.			☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ 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.		3 em 3 dias	☐ Diminuir o risco de infecção.
☐ 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.		Sempre	☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Conter o paciente quando necessário.			
☒ Manter ambiente calmo e tranquilo.		Sempre	
☐ Orientar repouso no leito.			☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Administrar medicação CPM.			
☐ Outros			☐ Outros
☐ Outros			☐ Outros

Silvia dos Santos Silva
COREN-PB 125164/PE

Liliane C. de Oliveira e Melo
COREN-PB 537474-ENF

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulton Ventura Registro: _____ Leito: 3-3 Setor Atual: OTO 4

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: 110/50 mmHg; FC: 62 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 () Dispnéia () Outros:

Ausulta 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:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: *Anton Ventura da Silva* Enfermária: *A* Leito: *1* Data: *19/05/18*

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
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 a patógenos <i>AA</i>	Defesas primárias inadequadas ()			<i>Imbiente</i>			
		Procedimentos invasivos <i>XX</i>	Outro ()			<i>Imbiente</i>			
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()		Medicações ()					
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()						
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/control do sono ()		Outro ()		Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()		
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()			
13	Outro								
14	Outro								

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar distensão abdominal.			☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ 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.			☐ Melhora e acobertação alimentar.
☐ Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.			☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ 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.			☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			☐ Melhora da integridade da pele.
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.			☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Observar reações de desorientação/confusão.			☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Analisar condições do curativo.			☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.			☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ 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.		3 em 3 dias Sempre	☐ Diminuir o risco de infecção.
☐ 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).			☐ Diminuir o risco de queda.
☒ Manter as grades do leito elevadas.		Sempre	
☐ Conter o paciente quando necessário.			
☒ Manter ambiente calmo e tranquilo.		Sempre	
☐ Orientar repouso no leito.			☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Administrar medicação CPM.			
☐ Outros			☐ Outros
☐ Outros			☐ Outros

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulton Ventura Registro: 1 Leito: 1 Setor Atual: OT II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,1 °C; P: 70 bpm; FR: 25 lpm; PA: 110/70 mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 98 %

HGT: 1,70 m; Peso: 70 Kg; Altura: 170 cm Dor: (0) 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 2 l/min ☐ Traqueostomia ☐ Ayre/Tubo T

☐ VMNI ☐ VMI TOT nº 2 Comissura labial nº 2 FiO2 0,21 % PEEP 5 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 10/10/2019 Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH 7,38 PCO2 30 PO2 100 HCO3 20 EB -2 SpO2 98 Data: 10/10/2019 Hora: 14:00

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: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>M5D</u>	Data da punção: <u>20/05/18</u>
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () 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: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (x) 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	
Paciente evolui clinicamente estável, consciente e orientado; normotensão, normocárdica, taquipneica, normotensa. Os ambientes, boa vacutecia oral, eliminação fecal preservada, eliminação urinária preservada; restrição de líquidos, AVP em MSD; Sono preservado. Realizado cuidados de Enfermagem segue sob os cuidados da equipe. AC de Enfermagem Unifacisa Melissa Miranda de Brito Silva	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	
Enerson Ticiano de S. Almeida ENFERMEIRO COREN-PR 488.178	
DATA: <u>21.05/18</u>	HORA: <u>15:39</u> h

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:		Enfermaria:		Leito:		Data: / /	
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO						CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
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 ()
		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 laxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()
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 ()
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()	
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()
		Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()	Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Drenos ()	Outros ()				
10	Risco de Infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()				
		Procedimentos invasivos (X)	Outro ()				
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()				
		Extremos de 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						
	Outro						

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:		Enfermaria:		Leito:		Data:		/ /	
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO						CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	
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 ()		
		Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()	Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Drenos ()	Outros ()						
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()						
		Procedimentos invasivos (X)	Outro ()						
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()						
		Extremos de 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								
	Outro								

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar distensão abdominal.			☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			☐ Melhora a aceitação alimentar.
☐ Afetar glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.			☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.			
☐ Realizar banho no leito (SN) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			☐ Melhora da integridade da pele.
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.			☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Avaliar alterações de sinais vitais.			☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.			
☐ Observar reações de desorientação/confusão.			☒ Diminuir o risco de infecção.
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos do acordo com necessidade ou ACM.			☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Analisar condições do curativo.			
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.			☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.			☐ Outros
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			☐ Outros
☐ 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.			
☐ Conter o paciente quando necessário.			
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.			
☐ Orientar repouso no leito.			
☐ Administrar medicação CPM.			
☐ Outros			
☐ Outros			

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a): _____
 Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem: _____
 FONTE: NIC 2010 CHAVES L.D. SOLAY C.A. EAE 2 ed. 2013

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jailton Ventura da Silva Registro: _____ Leito: 1-1 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: 120x60 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: (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 () 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: _____

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:		Enfermária:		Leito:		Data: / /		
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
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 ()	
		Ansiiedade ()				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	Ansiiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro <i>MTD</i>
		Prejuízos músculo esquelético (☒)	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiiedade ()	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 a patógenos (☒)	Defesas primárias inadequadas ()					
		Procedimentos invasivos (☒)	Outro ()					
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()		Medicações ()				
		Extremos de 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							

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distensão abdominal.		() Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		() Melhora a aceitação alimentar.
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		() Manutenção da glicemia estável.
() Afetar glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		() Controle da dor (melhorada / ausente).
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		() Melhora da integridade da pele.
() Encaminhar ao banho de chuveiro.		() Diminuição do risco de lesão.
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		() Mobilidade física melhorada/eficaz.
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		() Melhora da perfusão tecidual.
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		() Padrão respiratório eficaz.
() Avaliar características, intensidade e local da dor.		() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
() Avaliar alterações de sinais vitais.		() Diminuir o risco de infecção.
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		() Melhora do padrão do sono.
() Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		() Outros
() Incentivar a ingestão de líquidos.		() Outros
() Observar reações da 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		

Tábata Maria F. dos Santos
 TCC. EM ENFERMAGEM
 COREN-PB 1.092.804

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jailton Ventura da Silva Registro: _____ Leito: 7-1 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: 120 x 60 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: (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 () 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: _____

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar distensão abdominal.			☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			☐ Melhora a aceitação alimentar.
☐ aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ 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.			☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.			☐ Melhora da integridade da pele.
☐ Observar reações de desorientação/confusão.			☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			☒ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Analisar condições do curativo.			☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.			☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.			☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			☒ Diminuir o risco de infecção.
☐ 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 fenda/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).			☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Manter as grades do leito elevadas.			
☐ Conter o paciente quando necessário.			
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.			☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Orientar repouso no leito.			
☐ Administrar medicação CPM.			☐ Outros
☐ Outros			☐ Outros

Juliana Maria P. dos Santos
 TEC. EM ENFERMAGEM
 COREN-PB 1.098.804

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulton Venturo Registro: _____ Leito: 73 Setor Atual: Orto IV

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: 118/60 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 n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O

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

Ausculat 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.

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:		Enfermaria:		Leito:		Data:				
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS				
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 ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()		Outro ()		
		Ansiedade ()		Incapacidade de lavar o corpo ()						
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()						Outro ()		
		Outros ()								
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 da 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 ()	Outro ()	Alterações na profundidade respiratória ()		Dispfnéia ()	
		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 a 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									

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar distensão abdominal.			☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			☐ Melhora a aceitação alimentar.
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.			
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.			
☐ Realizar banho no leito (SN) 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.			☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			☐ Melhora da integridade da pele.
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.			☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Observar reações de desorientação/confusão.			☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Analisar condições do curativo.			☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.			☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ 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/quemadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			
☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		<i>Sem 3 dias</i>	☐ Diminuir o risco de infecção.
☐ 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.		<i>Sempre</i>	☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Conter o paciente quando necessário.			
☒ Manter ambiente calmo e tranquilo.		<i>Sempre</i>	☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Orientar repouso no leito.			
☐ Administrar medicação CPM.			
☐ Outros			☐ Outros
☐ Outros			☐ Outros

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Fx tibia rd

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Guilherme Ventura Registro: 7 Leito: 3 Setor Atual: gdo II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 16/50 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

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:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: <i>Guilherme Ventura</i>		Enfermagem: <i>3</i>		Leito: <i>3</i>		Data: <i>24/05/18</i>			
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
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								

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar distensão abdominal.			☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			
☐ Alertar glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			☐ Melhora a aceitação alimentar.
☐ Alertar 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).			☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.			
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.			☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Realizar banho no leito (SN) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ 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.			☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Observar reações de desorientação/confusão.			
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			☐ Melhora da integridade da pele.
☐ Analisar condições do curativo.			☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.			
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.			
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ Realizar balanço hídrico.			
☐ Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			☒ Diminuir o risco de infecção.
☐ 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).			☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Manter as grades do leito elevadas.			
☐ Conter o paciente quando necessário.			
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.			
☐ Orientar repouso no leito.			☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Administrar medicação CPM.			
☐ Outros			☐ Outros
☐ Outros			☐ Outros

Carlimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Elinice Afonso de Sousa
COREN-PA 8556-ENF

Carlimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distensão abdominal.			() Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			() Melhora a aceitação alimentar.
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			() Manutenção da glicemia estável.
() Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Alertar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			() Controle da dor (melhorada / ausente).
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.			
() Encaminhar ao banho de chuveiro.			
() Realizar banho no leito (SN) 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.			() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
() Observar reações de desorientação/confusão.			() Melhora da integridade da pele.
() Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			() Diminuição do risco de lesão.
() Analisar condições do curativo.			() Mobilidade física melhorada/eficaz.
() Orientar e estimular a hidratação da pele.			() Melhora da perfusão tissular.
() Orientar e estimular a movimentação no leito.			() Padrão respiratório eficaz.
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			() Risco de desequilíbrio do volume de líquido ausente / diminuído.
() 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).			() Diminuir o risco de infecção.
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			
() Realizar balanço hídrico.			() Diminuir o risco de queda.
() 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.			
() Conter o paciente quando necessário.			
() Manter ambiente calmo e tranquilo.			
() Orientar repouso no leito.			() Melhora do padrão do sono.
() Administrar medicação CPM.			
() Outros			() Outros
() Outros			() Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Elinice Afonso de Sousa
COREN-PB 30556-ENF

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jaílton Ventura da Silva Registro: _____ Leito: 05106 Setor Atual: Intensivista

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ l/rpm; PA: _____ 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: (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: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT n° _____ Comissura labial n° _____ FIO2 % PEEP cmH2O

(X) 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: _____

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Falken Ventura Registro: _____ Leito: 92 Setor Atual: 09101

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES 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: Prejudicada

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

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: _____

PERCEÇÃO 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.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulton Ventura Registro: Leito: 7-3 Setor Atual: 005 II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 110x80 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: Murmúo 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:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Paciente: <u>Julio Ventura</u>		Enfermaria: <u>7</u>	Leito: <u>3</u>	Data: <u>23/05/18</u>			
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO			CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação	Diuréticos () Hábitos de evacuação irregulares () Fatores biológicos () Fatores psicológicos ()	Desidratação () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Outros ()	Estresse () Lesão neurológica () Outros ()	Abdome distendido () Anorexia () Cavidade bucal ferida () Dor abdominal () Incapacidade de acessar o banheiro () Incapacidade de lavar o corpo ()	Dor à evacuação Dor abdominal () Diarréia () Mucosas pálidas () Outros ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades						
3	Déficit no auto cuidado para banho						
4	Dor aguda						
5	Hipertermia						
6	Integridade da pele prejudicada						
7	Mobilidade Física prejudicada						
8	Padrão respiratório ineficaz						
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico						
10	Risco de infecção						
11	Risco de queda						
12	Padrão de sono prejudicado						
13	Outro						
14	Outro						

Assinatura

- () 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 1h).
- () Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (especto, frequência).
- () Observar e comunicar dificuldades alimentares.
- () Encaminhar ao banho de chuveiro.
- () Realizar banho no leito (SN) 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.
- () 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 prescrição.
- () 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 92%.
- () 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/quemadura e inserção do dispositivo venoso para de
- () Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos.
- () Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de
- () Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em
- () Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos
- () 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

Liliane C. de Oliveira Melo
COREN-PB 330475/2013

arquivo e assinatura do Enfermeiro(a):

arquivo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEJAMENTO
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE

NOME
JAILTON VENTURA DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / OUTRA IDENT. Nº
3319193 **SEP** **28**

CPF
081.259.304-83 DATA NASCIMENTO
25/06/1989

FUNÇÃO
RADEIRO FRANCISCO DA SILVA
ADRIELDICE VENTURA DA SILVA

PRIMEIRO
RADEIRO SEXO
M CASADA
25

Nº IDENTIFIC.
04619050168 VALIDADE
14/12/2018 1ª EMISSÃO
21/05/2009

ASSINATURA
Jailton Ventura da Silva

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO
17/12/2013

Roberto Carneiro 13710014376
 PB027689306

881240508

ARVLE CORRETOR
 06 FEV. 2019
 TEL: (83) 3321-5930

ARVLE CORRETORA
 06 FEV. 2019
 TEL: (83) 3321-5930

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome
VIVIAN LUIZA PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO
MANOEL PEREIRA DA SILVA
ANTÔNIA GOMES PEREIRA DA SILVA

CLASSIFICAÇÃO
ESPERANÇA-PS

CPF
2.360.790 - 889PIS

ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA E FISCAL
NÃO

DATA DE INSCRIÇÃO
08/03/1981

CPF
000.895.874-20

VIA
01 - 211052000

ASSINATURA

[illegible]

ARIVLE COOPRETORA
06 FEV. 2019
TEL.: (83) 3321-5930

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÃES

DETRAN - PB Nº 013929974044
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 000 RENAVAM PRT 20181900002307-0
1 0053929738-0 00/00000000 2018

NOVE
JAILTON VENTURA DA SILVA

CPF / CNPJ 08125930493

PLACA OGB6455/PB

PLACA ANT. UF NOVO PB 9C2KC1650DR311319

ESPECIAL TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

CONSUMÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB. ANO MOD. 2013 2013

CAP. POT. CL. 2 P/149 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PRECABINANTE PRETA

COTA ÚNICA 00/00/0000

1ª

FABR. LITRA 0

2ª

PARCELAMENTO / COTAS

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *****

SEGURO

P A G O

DATA DE PAGAMENTO 02/05/2018

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

SERRA REDONDA-PB

DATA 04/05/2018

33294

19607

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS DE TERCEIROS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - ODPVAT (SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONDUTOR) - SEGURO DPVAT

PB Nº 013929974044 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 04/05/2018

CPF / CNPJ 08125930493 PLACA OGB6455/PB

RENAVAM 00539297380 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB. OR. TMR. Nº CHASSI
2013 9 9C2KC1650DR311319

PRÊMIO TARIFÁRIO

TAB (R\$) ***** DENATAM (R\$) ***** COTEL DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** VOF (R\$) *****

PAGAMENTO PARCELADO

S COTA ÚNICA 02/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.045.000/0001-04

19607-1031427-20180504



ARVILE CORRETORA
06 FEV. 2019
TEL.: (83) 3321-5930

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190103622 **Cidade:** Massaranduba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILTON VENTURA DA SILVA **Data do acidente:** 16/05/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSO E ARRUELA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

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 joelho	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: 3190103622 **Cidade:** Massaranduba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILTON VENTURA DA SILVA **Data do acidente:** 16/05/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSO E ARRUELA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

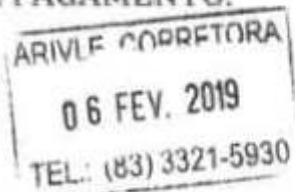
Outorgante(s):

Nome: Jailton Ventura da Silva
R.G.: 3319193 C.P.F.: 081.259.304-93
Endereço: Rua Prof.^a Felismina Carvalho de Oliveira
CEP: 58385-000 Cidade/UF: Serra Redonda

Outorgado:

VÍVIAN LUIZA PEREIRA DA SILVA, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 23.340, RG de nº 2360790 e CPF nº 039.895.874-20, com escritório profissional localizado na Rua João Pessoa, 03, Centro, CEP:58398-000, Remígio/PB.

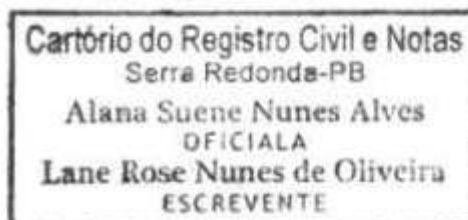
Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, amplos e ilimitados poderes para praticar atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório-DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.



Local: Sierra Redonda

Data: 24/09/2018

Jefferson Ventura da Silva
OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0044597/19

Vítima: JAILTON VENTURA DA SILVA

CPF: 081.259.304-93

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 16/05/2018

Titular do CPF: JAILTON VENTURA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

VIVIAN LUIZA PEREIRA DA SILVA : 039.895.874-20

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

JAILTON VENTURA DA SILVA : 081.259.304-93

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: 06/02/2019
Nome: VIVIAN LUIZA PEREIRA DA SILVA
CPF: 039.895.874-20

VIVIAN LUIZA PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2019
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO
CPF: 395.237.804-68

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO