

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sra. **SUZANE LEMOS MOURA** Brasileira, Solteira, Do Lar, portadora da carteira de identidade nº 375492-8 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 013.886.922-79, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Reinaldo Neves, 151 Bairro: Jardim Floresta - CEP: 69.312-045 Tel. (95) 98407-4031 / 98400-0709.

Outorgados: Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, e **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judícia”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 6 de janeiro de 2020.

x Suzane Lemos Moura
SUZANE LEMOS MOURA

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 165.72047.91-2

NÚMERO 3905608 SÉRIE 0040 UF RR

Suzane Lemos Moura

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

SUZANE LEMOS MOURA

FILIAÇÃO: ANA MARIA LEMOS MOURA SEXO: FEMININO

NASCIMENTO: 10/06/1989

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO: R.G. 3754928 SESP RR 07/05/2008

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 013.886.922-79 CNH: ZONA: 003

TIT. ELEITOR: 004055782607 SEÇÃO: 0020

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 21/06/2013

ASSINATURA DO EMISSOR



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, eu **SUZANE LEMOS MOURA** Brasileira, Solteira, Do Lar, portadora da carteira de identidade nº 375492-8 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 013.886.922-79. **DECLARO** para os devidos fins de comprovação e direitos legais, que resido nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Reinaldo Neves, 151 Bairro: Jardim Floresta - CEP: 69.312-045.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 6 de janeiro de 2020.

** Suzane Lemos moura*

Declarante

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **SUZANE LEMOS MOURA** Brasileira, Solteira, Do Lar, portadora da carteira de identidade nº 375492-8 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 013.886.922-79, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Reinaldo Neves, 151 Bairro: Jardim Floresta - CEP: 69.312-045.

DECLARO para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 6 de janeiro de 2020.

Suzane Lemos Moura
SUZANE LEMOS MOURA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041951/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2019 09:28 Data/Hora Fim: 27/11/2019 09:41
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 14/09/2019 15:00

Local do Fato

Município: Alto Alegre (RR)
Logradouro: COMUNIDADE ARAPUÁ

Bairro: ZONA RURAL

Tipo do Local: Aldeia indígena

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SUZANE LEMOS MOURA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista	Sexo: Feminino	Nasc: 10/06/1989
Profissão: Do Lar			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Ana Maria Lemos Moura			

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 604.077.602-10	Placa NAL7917
Renavam 00807753068	Número do Motor HA07E13074098
Número do Chassi 9C2HA07103R074098	Ano/Modelo Fabricação 2003/2003
Cor VERDE	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ ES
Modelo HONDA/C100 BIZ ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 08/05/2009	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Suzane Lemos Moura	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA POR UMA ESTRADINHA DE TERRA QUE DÁ ACESSO A SUA COMUNIDADE, QUANDO DERRAPOU NUMA PARTE ENLAMAÇADA E CAIU, VINDO A SOFRER LESÃO CORPORAL, FRATURANDO DOIS DEDOS DO PÉ DIREITO. QUE FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL EM BOA VISTA POR UMA VIATURA DA SESAI. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 27/11/2019 09:41
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041951/2019

É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves

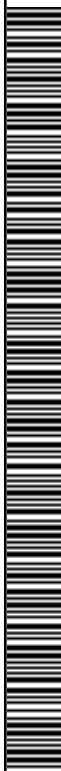
Agente de Polícia
Matrícula 042000169

Responsável pelo Atendimento

Suzane Lemos Moura

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Suzane Tenório Moura

Data: 14/09/19

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

D. DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CRUÍRGIAO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

RE

- 1) Paciente em
- 2) Supino e
- 3) Cabeça de
- 4) Javali meca
- 5) De frente
- 6) Ventralmente
- 7) + regulagem
- 8) Molucos com
- 9) 15 cm de
- 10) No abdômen
- 11) Suturas de
- 12) Curativos
- 13) RPA

Agua b. neta 1 e 2° PMD R(1)
Largos e regulagem do cot.
mgs

O mesmo

1º AUXILIAR:

2º INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

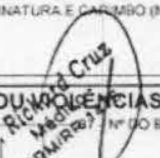
DURAÇÃO:

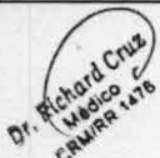
NO CIRÚRGICO

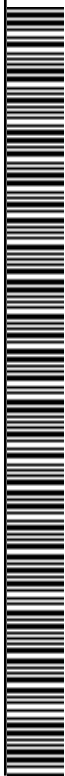
1º Anestesia
2º
3º
4º
5º
6º
7º
8º
9º
10º
11º
12º
13º
14º
15º
16º
17º
18º
19º
20º
21º
22º
23º
24º
25º
26º
27º
28º
29º
30º
31º
32º
33º
34º
35º
36º
37º
38º
39º
40º
41º
42º
43º
44º
45º
46º
47º
48º
49º
50º
51º
52º
53º
54º
55º
56º
57º
58º
59º
60º
61º
62º
63º
64º
65º
66º
67º
68º
69º
70º
71º
72º
73º
74º
75º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

Dr. Odinachi Okemiri
Médico
CRM/RP 1851

Anexo 1

 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		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Wzane Lemos Moura</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO Masc ☒ 1 Fem ☐ 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Pete em regularização de vida (14/19) aguardando evolução da ferida para alta.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Assina</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Anamnese + exames</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i>Regularização vida pe (P)</i>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Ortopedia</i> () CNS (X) CPF <i>53315232-91</i>			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>16/09/19</i> 			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - CNPJ EMPRESA 38 - CNPJ DA EMPRESA 39 - SÉRIE 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
45 - DOCUMENTO 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
<i>/ /</i>			

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA							HC
CLÍNICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA							
CLÍNICA MÉDICA HOSPITAL DE CLÍNICAS							
DATA DE ADMISSÃO		16/9/2019	DIH	16/9/2019	DN	7/7/1978	HC
PACIENTE		SUZANE LEMOS MOURA					
DIAGNÓSTICO		REGULARIZAÇÃO COTO PE DIR					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA		HC
IDADE		LEITO	428	DATA	16/9/2019		
ÍTEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SN	HC
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					MONITOR	
3	SS/VV 6/6 H					ROTOR	
4	SSF 500 ML EV ACM					ACM	HC
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					SN	
6	PLASIL 10MG EV 8/8H SN					SN	
7	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 50MG VO 8/8h SE DOR INT					SN	HC
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS >= 160 E/OU PAD >= 110 MMHG					SN	
	CIPROFLOXACINO 500 MG VO OU 400 MG EV 12/12 H					24	
	DIMETICONA 40 GT VO 8/8 H					24	HC
9	CLINDAMICINA 600mg EV 6/6h					24	
10	CURATIVO DIARIO					M	
11							HC
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							HC
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
							
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	E	HC
6 H	110/70	63	-	36	+	-	
12 H							
18 H							HC
24 H	100/60	60	-	36.3	+	-	





SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:

Suzanne Campos Moura

HD

Jocelyne de Azevedo

DATA:

16/03/20

SEXO: () M (x) F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

428

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

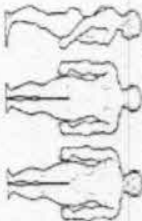
LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATERER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATERER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM ()	NÃO ()	DATA:	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ()	NÃO ()	DATA:	
SONDA NASOENTERAL: SIM ()	NÃO ()	DATA:	
DRENOS? SIM ()	NÃO ()	QUAL?	



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDENIA 7- AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS:

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MÚRMURIS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () YMG PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:

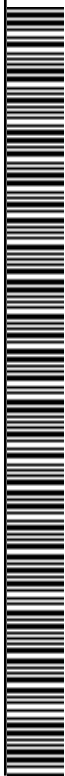
() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () AMPLODA () CONCENTRADA
() TEMPERATURA: () COLÚRICA () OLIGÚRIA () POLÚRIA () DISTÚRIA () ANÚRIA



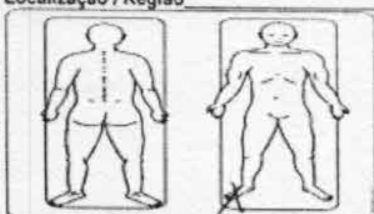
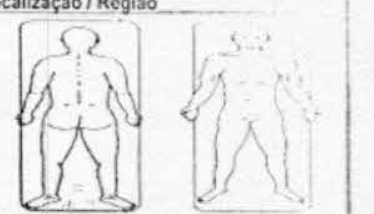
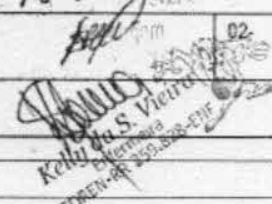
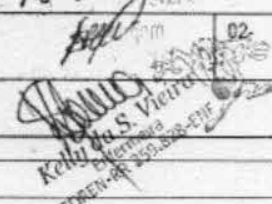
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ6SX 68W8T VYUWU LHCLK



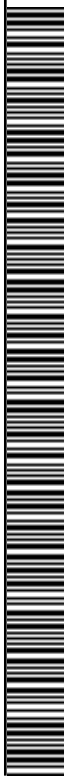
						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE SUZANE LEMOS MOURA						
AGNÓSTICO REGULARIZAÇÃO COTO PE D						
ALERGIAS NEGA		HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	428	DATA	17/9/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SN D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					Manhã
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					SN 20
4						SUSPENSO
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h SN					SN
7	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA					OGINTA
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN					SN
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					SN
10	CURATIVO DIARIO SN					SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H					Rotativo
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H					18-24.08.12
13						
14						
15						
16						
17						
EVOLUÇÃO MÉDICA						
PILDA LIMPA						
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917						
DR MARCELO MARQUES CRM 1918						
Dr. Jesus A. Lopez Aguirre CRM 566						
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H						
12 H	100x20	60		36.9	+	+
18 H	111x20	95		36.8	+	-
24 H	110/95	75	18	36.0c	+	0



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 428		

Nome: <u>Suzanne Maria</u>			
DATA: <u>17.09</u> ☒ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra: _____		Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☒ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato ☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		Quantidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☒ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor: ☒ Sim ☐ Não		Dor: ☐ Sim ☐ Não	
Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras _____		Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras _____	
Solução para limpeza ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____		Solução para limpeza ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____		Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs <u>18.09.19</u>			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01-  02-		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro 			
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.





SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Alfonso Joao DATA: 12/03/20 SEXO: () M () F IDADE: 428 PESO: 72,8 KG. LEITO: 428 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATERER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATERER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM ()	NÃO ()	DATA:	DATA:
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ()	NÃO ()	DATA:	DATA:

SONDA NASOEENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____

DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MÚRMURUS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____

RUIDOS ADVENTIVOS: () AUSENTE () PRESENTES () ESTERIORES () SIBILOS _____

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () MACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMAL/CÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA

() IMATURIDADE () COEURICA () POLIÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA



[illegible]



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	SUZANE LEMOS MOURA				
DIAGNÓSTICO	REGULARIZAÇÃO COTO DEDO PE D				
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		428	DATA	18/09/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU 300MG O2 COMP VO 6/6H				SN
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SN
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO SN				SN
15	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				SN
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H						
12 H	100x60	66	-	36.4	+	+
18 H	100x63	72	-	37.3c	+	+
24 H	110x70	61	-	36.4	+	-



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:

DURVAL JONATO

DATA:

18/09/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LOCAL		DATA	
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL		DATA	
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL		DATA	
SONDA VISCAL	SIM () NÃO ()	DATA			
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA			
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	DATA			
DRENOS	SIM () NÃO ()	QUAL?			

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS:

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

() HIDRATADA () UMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCIA
() CIANÓTICA () ACANOTICA () ACROCIANOTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAG PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA
() HEMATÚRIA () COLÚRIA () OLIGÚRIA () POLIÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESEQUILIBRADA

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO

() OUTROS:

() MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA ____

() ASPIRAR VAS /TQT ____

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS

() ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H

() REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM: ____

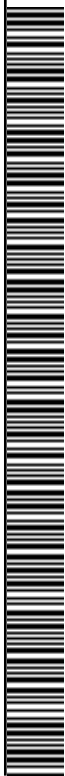
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.

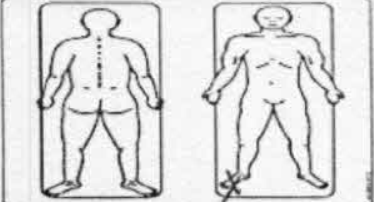
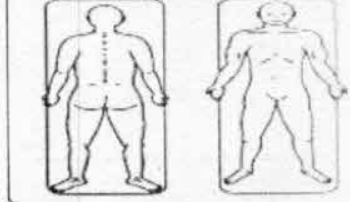
() OUTROS





EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA :	MANHÃ:	DATA / HORA :
		Paciente no leito sem queixos físicos. medicado e vitificado ss no com. segue aos cuidados do enfermeiro.	18/03/2020 12:00
		<i>Edson Silva Santiago</i> Enfermeiro	
TARDE:	DATA / HORA :	TARDE:	DATA / HORA :
		Paciente sem queixos físicos. medicado e vitificado ss no com. segue aos cuidados do enfermeiro.	18/03/2020 14:00
		<i>Edson Silva Santiago</i> Enfermeiro	
NOITE:	DATA / HORA :	NOITE:	DATA / HORA :
		Paciente sem queixos físicos. medicado e vitificado ss no com. segue aos cuidados do enfermeiro.	18/03/2020 18:00
		<i>Edson Silva Santiago</i> Enfermeiro	

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: <u>Enf 428</u>		

Nome: <u>SUZANE (Brazina) Moura</u>			
DATA: <u>18.09</u> ☒ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra: _____	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☒ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor:	☒ Sim _____ ☐ Não	☐ Sim _____ ☐ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>19.09.19</u>		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- 	02-	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	SUZANE LEMOS MOURA				
DIAGNÓSTICO	REGULARIZAÇÃO COTO DEDO PE D				
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		428	DATA	19/09/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				18:00
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU 300MG 02 COMP VO 6/6H				18:00
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				22:10
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO SN				SN
15	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				18:00
16					
17					
18	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

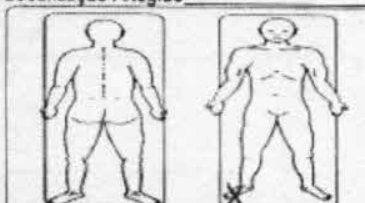
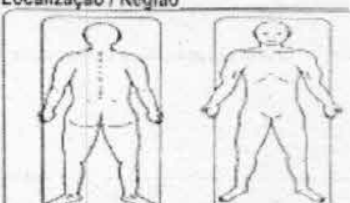
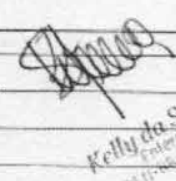
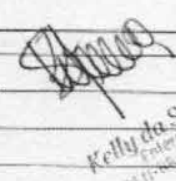
alta hospitalar

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 428		

Nome: <u>Suzanne Roemer</u>			
DATA: 19.09 ☒ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra: _____		Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: ☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☒ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato ☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		Quantidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☒ Serossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor: ☒ Sim ☐ Não		Dor: ☐ Sim ☐ Não	
Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Entema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____		Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Entema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	
Solução para limpeza ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____		Solução para limpeza ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____		Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs: 20.09.19			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- 	02-	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro 			
OBS: 		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Walter Jones HP 428 • ALÉRGICO ?

DATA: 11/05/19 SEXO: () M () F IDADE PESO KG. LEITO

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CONTROLE DE CATETERES E SONDAS</th> <th colspan="2">LESÕES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CATETER CENTRAL</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> <td rowspan="3"> </td> </tr> <tr> <td>CATETER PERIFÉRICO</td> <td>SIM () NÃO ()</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>SONDA VESICAL: SIM ()</td> <td>NÃO ()</td> <td>DATA:</td> <td>DATA:</td> </tr> <tr> <td>SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ()</td> <td>NÃO ()</td> <td>DATA:</td> <td>DATA:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SONDA NASOENTERAL: SIM ()</td> <td>NÃO ()</td> <td>DATA:</td> <td>DATA:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DRENOS: SIM ()</td> <td>NÃO ()</td> <td>QUAL?</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES		CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA		CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	SONDA VESICAL: SIM ()	NÃO ()	DATA:	DATA:	SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ()	NÃO ()	DATA:	DATA:		SONDA NASOENTERAL: SIM ()	NÃO ()	DATA:	DATA:		DRENOS: SIM ()	NÃO ()	QUAL?		
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES																																			
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																																		
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA																																		
SONDA VESICAL: SIM ()	NÃO ()	DATA:	DATA:																																		
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ()	NÃO ()	DATA:	DATA:																																		
SONDA NASOENTERAL: SIM ()	NÃO ()	DATA:	DATA:																																		
DRENOS: SIM ()	NÃO ()	QUAL?																																			

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS:

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO
MÚRMURROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () PRESENTES () SIBLOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.M.G. PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NUMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO CIRCUITURINÁRIO/DIURÉTICO

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () FOSFOSOLOMA () SVO () URINÁRIA () CONCENTRADA
() HEMATURIA () LEUCOCITURIA () HEMOGLOBINÚRIA () PROTEINÚRIA () HEMATURIA () HEMATURIA

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() RISCO DE INJEÇÃO	() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u> </u> H
() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANter MONITORIZAÇÃO
() ANSIEDADE	() MANter CABECEIRA ELEVADA <u> </u>
() MEDO	() ASPIRAR VAS. TTOT <u> </u>
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
() DESEQUILIBRADA	() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> H
() FADIGA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA Quedas	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() RISCO PARA LESÃO	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() AUTOESTIMA PERTURBADA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACETÇÃO DA DIETA
() DIARREIA	() MANter JEJUM A PARTIR DAS: <u> </u> H
() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO <u> </u> HORAS
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR BANHO NO LEITO
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO <u> </u> H
() DOR	() REALIZAR CUBATIVO DIÁRIO
() HIPOTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() HIPERTERMIA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	() OUTROS: <u> </u>
() CONFORTO PREJUDICADO	
() DÉFICIT CARDÍACO DIMINUÍDO	
() OUTROS:	

SINISTRO 3190711494 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA: SUZANE LEMOS MOURA

COBERTURA: Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO: SUZANE LEMOS MOURA

CPF/CNPJ: 01388692279

Posição em 10-03-2020 16:46:05

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/01/2020	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

