DOCUMENTO 2 *T2%*

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[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 ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Luciene Fernandes Leite, portador(a) do RG nº 003.035.709, expedido por SSP. PB, em 12/11/2010, CPF/CNPJ nº 789.217.324.20, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Evandro Marcelino de Arruda do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Evandro Marcelino de Arruda, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12,declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusar Renda Mensal: R$ Recusar

Documentos comprobatórios: CPF e RG

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

Luciene Fernandes Leite
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DOCUMENTO 1 *T1%*

LUCIENE FERNANDES LEITE
RUA VALDEMIRO RODEWILSON DA CUNHA, 139 - JD PAULISTANO
CAMPINA GRANDE / PB CEP 58415-180 (AG 401)

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
09220 - EM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ: 08 836 556/0001-86 Insc Est 16 003 839-1

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 18 - 401 - 852 - 2:00
Nº medidor C128072758II
Referência Fev / 2018
Emissão 29/02/2016

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000 195 746
Código para Débito Automático: 000000792761

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

Conta referente a **Fev / 2018**

UC (Unidade Consumidora): 4770276-1

Canal de contato

Apresentação **29/02/2016**

- Informamos a não efetuação da leitura por impedimento do acesso à sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Reafirmamos a necessidade de desimpedir o acesso ao local da medição. Persistindo o impedimento e/ou seu retorno poderá ser suspenso após três dias da apresentação desta fatura (Art 171 Res 414/ANEEL)
- Redução do valor da bandeira vermelha para o patamar 1, R$ 3,00 a cada 100 kWh consumidos, vigente a partir de 01/02/2016

Data prevista da próxima leitura **30/03/2016**

CPF/ CNPJ/ RANI 78921732420
Insc Est.

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
28/01/16	43001	29/02/16	43095	1	94	32

Faturas em atraso

08/01/2016	14,35
07/12/2015	27,56

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo em kWh	94	0,43111	40,52
Adic. B. Vermelha			3,08
ICMS			16,14
PIS			0,88
COFINS			3,87
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB ILUM PUBLICA			7,85
JUROS DE MORA 01/2016			0,30
MULTA 01/2016			1,29

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/16	88
Dez/15	0
Nov/15	30
Out/15	119
Set/15	120
Ago/15	28
Jul/15	49
Jun/15	136
Mai/15	123
Abr/15	142
Mar/15	136
Fev/15	141

Média dos últimos meses: 84 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R$
ICMS	64,57	25,00	16,14
PIS	64,57	1,3400	0,88
COFINS	64,57	6,1600	3,97

VENCIMENTO 07/03/2016 | **TOTAL A PAGAR R$ 74,01**

03c3.eaa0.e93e.203a.5070.1b48.4e00.04bd.

Indicadores de Qualidade 12/2015 - Bela Vista

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	5,40	0,00
DIC TRIMESTRAL	10,80	
DIC ANUAL	21,73	
FIC MENSAL	3,50	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,87	
FIC ANUAL	13,95	
DMIC	3,11	0,00
DICRI	12,21	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist da Energia/BO	13,41	18,12
Compra de Energia	24,27	32,79
Serviço de Transmissão	0,99	1,34
Encargos Setoriais	4,93	6,66
Impostos Diretos e Encargos	30,41	41,09
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	74,01	100,00

Valor do EUSD (Ref 12/2015) R$ 5,78

ATENÇÃO

- AVISO Permanecendo em atraso os "DÉBITOS ANTERIORES", já reavisados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90(noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga
Reajuste Tarifário-Vigência 04/02/2018-Res ANEEL nº 2 018-Alta Tensão 6,97% Médio
Reajuste Tarifário-Vigência 04/02/2018-Res ANEEL nº 2 018-Baixa Tensão 7,47% Médio
- Imóvel fechado sem acesso ao medidor Faturado pela média

Rotei

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

DOCUMENTO 2 *T2%*

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional - CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Evandro Marcelino de Arruda,** vítima de acidente de trânsito, no dia 01 de Outubro de 2015, aproximadamente às 03h39m, no End: R. Getúlio Vargas – Centro, sendo o paciente atendido e removido para o Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 22 de Junho de 2016.

Paulo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio Francisco do Nascimento
Coordenação Administrativa

ANGELUS
seguros
02 JUL. 2016

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

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

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671 — CNPJ 08-778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE — Estado: PARAÍBA — UF:25

PACIENTE: PRONTUÁRIO Nº: 1242539

Nome: EVANDRO MARCILINO DE ARUDA — Sexo: MASCULINO — Idade: 40

Profissão: — Documento: NÃO INFORMADO

Endereço: AV. João Valique 2570 — Bairro: Dacra

Município: CAMPINA GRANDE — Estado: PB — CEP: NÃO INFORMADO

Data Atendimento: 01/10/2015 04:25h — Código do Município: 250400

RAÇA/COR — DTA. NASCIMENTO: 10/09/1975 — QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

( ) 1 - BRANCA ( ) 2 - PRETA ( ) 3 - PARDA
( ) 4 - AMARELA ( ) 5 - INDÍGENA ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS

vítima de queda de moto e carro. Sangramento em boca e nariz. D. dor torácica. Ex. físico: D. murmúrio vesicular. D. hemotórax. Fratura D. 6 e 7 costas. Pulsos normais. D. abdômen. D. dor à palpação em flanco D.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE — **TIPO**

RESULTADOS

ULTRASSONOGRAFIA Realizada em: 30/10/15

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. SRL 1000 ml
2. Hipiric 80 mg 1 amp IV
3.
4.
5.

DIAGNÓSTICO / CID: Politrauma. Fratura de costela

ATO DECLARATÓRIO

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB):
Consulta Especializada: 30/10/15

PROCEDIMENTO

1. Sutura
2. Raio-X torax
3. Imobilização de ortopedia

TIPO DE ATENDIMENTO

[Y] 01 - URGÊNCIA.
[ ] 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
[ ] 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
[ ] 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
[ ] 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

CCIH — Data: 06/10/15 — Responsável: Eliane

MEDICAÇÃO
[ ] 01 - PRESCRITA
[ ] 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO
[ ] OBSERVAÇÃO [ ] RESIDÊNCIA [ ] INTERNAÇÃO
[ ] OUTRO HOSPITAL [ ] ÓBITO [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

Dr. Paulo Marcelo Cruz — Cirurgia Geral — CRM-PB 7600

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

X

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

06/10

MOD. 286

DOCUMENTO 2 *T2%*

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Evandro Marcelino de Arruda,

RG nº 2.110.362, data de expedição 02/02/16, Órgão SSP-PB,

CPF nº 026.126.324-25, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Av. João Walling
Número	2570
Apto / Complemento	
Bairro	Distrito Industrial
Cidade	Campina Grande
Estado	Paraíba
CEP	58411-170
Telefone de Contato	(83) 3322-6794 / (83) 98821-5746
E-mail	lucene.dpoa@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Campina Grande, 19 agosto 2016

Assinatura do Declarante: Evandro Marcelino de Arruda

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
67632963
REFERENCIA
MAI/2016

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

MARIA MARTA M DLIVEIRA
AV JOAO WALLIG 2570
NOVO HORIZONTE 58411- 170
CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias (Residencial / Comercial / Industrial / Público)	Responsável
018.55.045.0272	0	1 / 0 / 0 / 0	67632963

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y14N324825	11/10/2014	4	LIGADO	POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
187	197	10	31	30/05/2016

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS

NOV/2015	10	0	NUMERO DE AMOSTRAS			
DEZ/2015	9	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JAN/2016	12	0	COLIFORMES	0	0	0
FEV/2016	7	0	COR	185	138	125
MAR/2016	11	0	CLORO	185	139	136
ABR/2016	12	0	TURBIDEZ	185	138	136
MEDIA(M)	10		DADOS REFERENTES A:MAR/2016			

DATA DA LEITURA: 05/05/2016 HORA DA LEITURA: 13:30:45

DESCRICAO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	32,78		R$32,78
047-JUROS DE MORA				R$0.16
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.				R$0.74

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R$3.03 PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
25/05/2016	R$33,68

v.16.0 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA:REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO:REAL TIPO DE TARIFA:NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:

[illegible] não

Esta declaracao substitui a comprovacao da quitacao das faturas mensais dos debitos ate a data de 31/12/2015 e nao abrangendo os parcelamentos pendentes de cobranca nas faturas

CAGEPA	MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	67632963	MAI/2016	25/05/2016	R$33,68

3261000000007 3368001083266 7632963057007 1000000002-8

DOCUMENTO 1 *T1%*

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª Delegacia Regional de Polícia Civil
10ª Delegacia Seccional de Policia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de C. Grande/PB
Rua Raimundo Nonato de Araújo S/Nº Bairro do Catolé-C.Grande/PB Fone-3310-9319

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS SSP/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL, VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA, HORA E LOCAL DO FATO: 01.10.2015,às 03:39 hs, na rua Getúlio Vargas, bairro Centro, nesta cidade.

DATA E HORA EM QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO: 22.06.2016,ás 14:20 hs.

COMUNICANTE/ VITIMA: **EVADNDRO MARCELINO DE ARRUDA, brasileiro, solteiro, lanterneiro, com 40 anos de idade, nascido em 19.09.1975, natural de Campina Grande-PB, filho de José Marcelino de Arruda e de Terezinha Viana do Nascimento, residente na Avenida João Walling, 2570, bairro Distrito Industrial, nesta cidade, portador da Identidade de Nº2110362-SSP-PB, Fone- 9 8701-4367.**

DAS TESTEMUNHAS: **ARLETE MARQUES DE OLIVEIRA,** brasileira, casada, do Lar, com 49 anos de idade, nascida em 15.02.1967, natural de Boqueirão-PB, filha de José Aragão dos Santos e de Alice Marques dos Santos, residente na rua- Farmacêutico João Nóbrega, 766, bairro Novo Horizonte, nesta cidade, portadora da Identidade de Nº1222192-SSP-PB, Fone- 9 8845-7387 **e BRUNO DOS SANTOS SILVA,** brasileiro, solteiro, montador de Móveis. Com 31 anos de idade, nascido em 10.08.1984, natural de Campina Grande-PB, filho de Cosme Silva e de Alinalda dos Santos Silva, residente na rua- João Juviniano de Medeiros,531, bairro Novo Horizonte, nesta cidade, portador da Identidade de Nº2921216-SSP-PB, Fone- 9 8848-2997.

ANGELUS
02 JUL. 2016

INFRATOR: Não Há.

DA NARRATIVA DO FATO: Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia na garupa do ciclomotor TRAXX, Ano/Modelo 2009/2010, de cor Preta,

5

Chassi de Nº951BXKBB0AB003702, com Nota Fiscal em nome de Paulo Roberto Silva, (Pilotada no momento do acidente por Amanda dos Santos Nascimento), quando trafegava na rua Getúlio Vargas, bairro Centro, momento em que o condutor do um veículo de sinais e condutor não identificado, adentrou num cruzamento da via e colidiu no ciclomotor em que o comunicante ia na garupa, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura exposta de tíbia na perna direita, sendo socorrida por uma Unidade Móvel do SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas.Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente. O comunicante está ciente das penalidades previstas no art. 299 do Código Penal.

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS SSP/PB

DELEGADO: **SEVERINO DE CARVALHO LOPES**

COMUNICANTE/VÍTIMA Evandro Marcelino de Arruda

TESTEMUNHA: Arlete Marques de Oliveira

TESTEMUNHA: Bruno dos Santos silva

ESCRIVÃO:

ANGELUS seguros

02 JUL. 2016

DOCUMENTO 3 *T3%*

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Evandro Marcelino de Arruda, portador da carteira de identidade nº 2.110.362 e inscrito no CPF/MF sob o nº 026.126.324-25, residente e domiciliado na Av. João Walling, nº 2570, Distrito Industrial, e Cidade Campina Grande Estado Paraíba, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Evandro Marcelino de Arruda

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Campina grande, 19/08/16
Local e data

DOCUMENTO 1 *T1%*

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, não que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, Evandro Marcelino de Arruda

IDENTIFICADOR(A) DO RG Nº 2.110.362 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 02/02/16 E

CPF 026.112.633-24-03 /CNPJ ___.___.___-___. PROFISSÃO Vendedor

RENDA MENSAL DE R$ Nenhuma (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA a mesma, AUTORIZO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a cadastrar dados de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar equivocadamente de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 028 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou até proposta deste momento revogo-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários como imagem digitalizada/scanner colorido, abaixo à não, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0737 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00079539-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

C. Grande, 19 de agosto de 2016
LOCAL E DATA

Evandro Marcelino de Arruda
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R$ 13.500,00 em caso de morte (valor que não pode ser inferior ao benefício), obedecendo à legislação vigente na data do sinistro; indenização de até R$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme o grau/lesão das sequelas e do acidente com a vítima, de acordo com a Lei 11.945/2009) e reembolso de até R$ 2.700,00 em caso de despesas médicas hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise de pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0231204.

[illegible]


CAIXA
POUPANÇA
6277 8015 6203 5174
6277
VÁLIDO ATÉ
06/21
EVANDRO M DE ARRUDA
0737 013 00079539-8
elo

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2016

Carta n°: 9974894

A/C: EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA

Sinistro:	**3160608954 ASL-1005835/16**
Vitima:	**EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA**
Data Acidente:	**01/10/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**LUCIENE FERNANDES LEITE**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA**
Valor: **R$ 4.725,00**
Banco: **104**
Agência: **000000737**
Conta: **0000079539-8**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**4.725,00**

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R$	**4.725,00**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2016

Carta n°: 9882648

A/C: EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA

Sinistro:	**3160608954 ASL-1005835/16**
Vítima:	**EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA**
Data Acidente:	**01/10/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**LUCIENE FERNANDES LEITE**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2016

Carta n°: 9869567

A/C: EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA

Sinistro:	**3160608954 ASL-1005835/16**
Vitima:	**EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA**
Data Acidente:	**01/10/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**LUCIENE FERNANDES LEITE**

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R$ 13.500,00.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ANGELUS SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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: 28/10/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000079539-8

Nr. da Autenticação 36F55B5B6B69D7FE

DOCUMENTO 4 *T4%*

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:
Nome: Evandro Marcelino de Arruda
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro
Profissão: Lanternagem
Identidade: 2.110.362 **CPF:** 026.126.324-25
Endereço: Av. João Walling, 2570, Distrito Industrial

PROCURADOR:
Nome: Discene Fernandes Leite
Nacionalidade: Brasileira **Est. Civil:** Casada
Profissão: Autônomo
Identidade: 003.035.709 **CPF:** 789.217.324-20
Endereço: Henrique Dias, 370, Conceição

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais pararepresentar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente aoSeguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização dePagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a quetenho direito, podendo paratanto requerer o que necessário for, assinar,substabelecer esta, dar quitação e praticarenfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, davitima

2º CARTÓRIO

Campina Grande 10/08/16
Local e data

Evandro Marcelino de Arruda
Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Tabelião: Maria de Fátima Leitão Carneiro
Praça da Bandeira, 185, Centro - C.Grande - PB
(83) 3321-8899 - 3088-8899
2cartorionotascg@gmail.com

Tabelionato de Notas

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA
Dou fé. Campina Grande/PB - 10/08/2016.
Escrevente: VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO
Selo Digital:ADT35990-ZVE0
Acesse o site https://selodigital.tjpb.jus.br

2º CARTÓRIO DE NOTAS CAMPINA GRANDE-PB

Viviane Clevidia de Sousa Caitano
Escrevente Autorizada

A

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): ***EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA*** **Sinistro:** ***3160608954*** **Data:** ***01/10/2015***

Endereço do(a) Examinado(a): ***Avenida João Wallig, 2570 - NOVO HORIZONTE - Campina Grande - PB - CEP 58411-170***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***ssp*** ***/PB***] ***2110362***

Data local do exame: [***25/10/2016***] ***Campina Grande*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura exposta da tíbia direita. Ao exame apresenta cicatrizes cirúrgicas diversas em face medial da perna direita. Deambula com auxílio de muletas. Déficit no arco de movimentos do joelho direito e tornozelo direito em graus moderado e leve, respectivamente. Sem déficit neuro-vascular. Refere dor ocasional.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Vítima de fratura exposta grave dos ossos da perna direita, após acidente de moto, em 01/10/2015. Submetido a tratamento cirúrgico ,em caráter de urgência, e realizada fixação externa da tíbia. Evoluiu com sofrimento de pele e infecção de partes moles, necessitando de duas limpezas cirúrgicas. Recebeu alta em 27/11/2015. Evoluiu com pseudartrose da tíbia e foi submetido a nova cirurgia após 7 meses. Não fez fisioterapia.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [***X***] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro inferior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31o da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direito

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(***X***) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Dr. Ricardo Amorim G. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5628 - CBO 223145

Ricardo Amorim Guedes Filho - CRM: 5628 - PB

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Evandro Amarelino de Arruda

End: Bairro:

Data de Nascimento: 19.09.1975 Documento de Identificação:

Queixa: acidente de moto Data do Atend.: 01/10/15 Hora: 04:35 Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente

Frequência respiratória: Frequência cardíaca:

Pressão arterial: Temperatura axilar:

Dosagem de HGT: Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

MOD. 130

Estratificação

(✓) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Dr. [illegible] Silva
ENFERMEIRA
[illegible] 22[illegible]

Assinatura e carimbo do profissional

DOCUMENTO 4 *T4%*

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

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671 — CNPJ:08-778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE — Estado: PARAÍBA — UF:25

PACIENTE: PRONTUÁRIO Nº: 1242539

Nome: EVANDRO MARCILINO DE ARUDA — Sexo: MASCULINO — Idade: 40

Profissão: — Documento: (RTEL)

Endereço: AV. João Valigue 2570 — Bairro: Sara — NÃO INFORMADO

Município: CAMPINA GRANDE — Estado: PB — CEP: NÃO INFORMADO

Data Atendimento: 03/10/2015 04:25h — Código do Município: 250400

RAÇA/COR — DTA NASCIMENTO: 19/09/1975 — QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

( ) 1 - BRANCA ( ) 2 - PRETA ( ) 3 - PARDA
( ) 4 - AMARELA ( ) 5 - INDÍGENA ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS

vítima de colisão moto x carro. Sangramento em orelha em mmii. D. Dor torácica. Hemotórax D. Hemoperitônio. Fratura D. 6 a 15 costelas. Fratura D. 6 a 15 costelas. Fratura em terço médio em perna D.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE — **TIPO**

ULTRASSONOGRAFIA Realizada em: 30/10/15

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. SRL 1000ml
2. Fitoterapia
3.
4.
5.

DIAGNÓSTICO / CID: Politrauma. Fratura de perna D. Fratura costelas

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB):
Consulta Especializada: 30/10/15

PROCEDIMENTO

1. Sutura
2. Raio-X
3. Imunoterapia

TIPO DE ATENDIMENTO

- [X] 01 - URGÊNCIA
- [ ] 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
- [ ] 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- [ ] 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
- [ ] 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

CCIH Data 06/10/15 Responsável: Diane

MEDICAÇÃO
- [ ] 01 - PRESCRITA
- [ ] 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO
- [ ] OBSERVAÇÃO
- [ ] OUTRO HOSPITAL
- [ ] RESIDÊNCIA
- [ ] ÓBITO
- [ ] INTERNAÇÃO
- [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

Dr. Danilo Alves Feitosa — Cirurgia Geral — CRM-PB 7600

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

X

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

06/10

NOD.914

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente: Eduardo Marcelino	Nº Prontuário
Data da Operação: 24.10.2015	Enf. / Leito
Operador: Dr. Dirceu	1.º Auxiliar
2.º Auxiliar / 3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia: Dr. Almir	Tipo de Anestesia: Raquea
Diagnóstico Pré-Operatório: - Necrose de pele pós trauma MIE	
Tipo de Operação: Debridamento cirúrgico	
Diagnóstico Pós-Operatório: o mesmo	
Relatório Imediato da Patologia	
Exame Radiológico no Ato	
Acidente Durante a Operação	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Vísceras

Anestesia de coluna
- Durante pele desvitalizada MIE
- Curativo de gaze vaselinada.

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

Dr. Dirceu M. Carvalho
Cirurgião Plástico
CRM - 1970

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Cliente: Eronildo Marcisindo Arruda — Idade: 40
Convênio: SUS — Data: 01/10/15
Procedimento: Ttx cirúrgico + fixação de prótese Externa de tíbia

Cirurgião: Dr. Raulton — Auxiliar: — Anestesista: Dr. Alfredo
Início: 08:00 — Término: 09:00 — Anestesia: Raqui

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
9:30	—	121	95%	Brenda	—	consciente

Medicamentos / Materiais	Qauntidade
Fent. SAT, FM, coform. mantido à 09:30	

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

Observações:
Pct. consciente e orientado movimentando voluntariamente os membros sem queixas. Alta da SRPA

Assinatura Anestesista — Circulante

Relatório de Operações

MOD. 139

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUEGG — HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: [illegible] | IDADE | SEXO | COR

1/1/dn	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
	LEUCÓCITOS					

CORAÇÃO | ÁGUA | ALBUMINA

RESPIRATÓRIO | ELETROCARDIOGRAMA

CIRCULATÓRIO | URINÁRIO

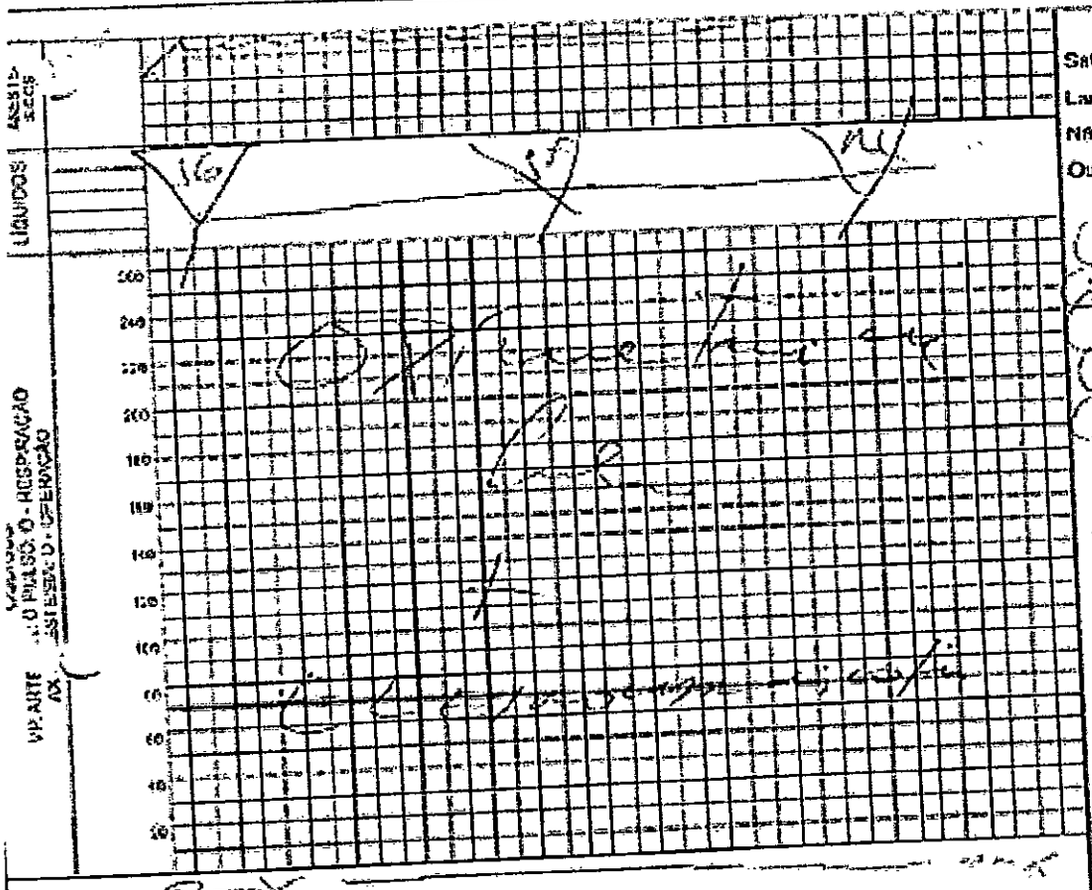
DIGESTIVO | DENTES | PESCOÇO

TUBO VENTILAT. | ATARAXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de tíbia | ESTADO FÍSICO | PESO

DROGAS ANTERIORES

INDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA às | EFEITO



INDUÇÃO

Satisf.: ____ Excit.: ____ Tosse: ____

Laringo espasmo: ____ Lenta: ____

Náuseas: ____ Vômitos: ____

Outros: ____

MANUTENÇÃO

1) [illegible]
2) [illegible]
3) [illegible]
4) [illegible]
5) [illegible]

ANESTESIA SATISF.: Sim ____ Não ____

Não, por quê?: ____

DESPERTAR

Reflexos na SO: ____

O2: ____ CO2: ____

Náuseas: ____ Vômitos: ____

Outros: ____

Com cânula:

Para o Leito: Sim ____ Não ____

CONDIÇÕES:

ANGELUS seguros 02 JUL. 2016

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	
POSIÇÃO	Decúbito dorsal
AGENTES	Neocaína + Fenergan
TÉCNICA	Raquianestesia
OPERAÇÃO	Red. fechada + fixação
CIRURGIÕES	Dr. Raizman
ANESTESISTAS	Alberto Lucas
OBSERVAÇÕES	

CÂNULAS

PERDA SANGUÍNEA

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS

FOLHA DE ANESTESIA - SRPS

V00.015

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente [illegible]	Nº Prontuário
Data da Operação 01.10.15	Enf. Leito
Operador [illegible]	1.º Auxiliar
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar Instrumentador
Anestesia [illegible]	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório [illegible]	
Tipo de Operação [illegible]	
Diagnóstico Pós-Operatório —	
Relatório Imediato da Patologia	
Exame Radiológico no Ato	
Acidente Durante a Operação	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

[illegible]

ANGELUS seguros

02 JUL. 2016

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ANGELUS seguros 02 JUL 2016

Diagnóstico

Int. [illegible] para [illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Cláudio [illegible]	Alojamento		Leito	3-3	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/06 06:30	(1) Dieta sal 1100 de 1ª ordem		01/06 07 Comunicado o paciente e [illegible] filho [illegible] Col. [illegible]
	(2) S.F 0,9 1000ml (EV) 20gtm.	~~06 12 18 00~~	
	(3) Ranitidina 02ml (4) (EV) 6/6h.	~~18 24 06~~	
	(4) Tenoxicam 20mg + SF (EV) 12/12h	~~18~~ 06	
	(5) Clindamicina 600mg + SF (EV) 6/6h	~~18 24 06~~	
	(6) SAT 01 amp (I.M) (NVE)	Feito 09:30 ✓	
	(7) Omeprazol 40mg + SF (EV) 12/12h	06	
	(8) Curativo	de	
	(9) CCGB - SSVV 6/6h	12 18 24 06	

Dr. Eduardo Braga Botelho
CRO-PE 6586

Dr. Eduardo Braga Botelho
CRO-PE 6586

241.022

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 LUIZ GONZAGA FERNANDES — 2 - CNES: 2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 4 - CNES: 2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Fernando Nascimento de Araújo — 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 241.022

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): — 8 - DATA DE NASCIMENTO: 19/9/1975 — 9 - SEXO: Masc. X Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Terezinha Vieira do Nascimento — 11 - TELEFONE DE CONTATO: (83) 8710 4313 617

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Av. Gran Walling 2570 Sala

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande — 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: — 15 - UF: PB — 16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente moto x car, deformidade e ferimento M.I. (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Pós cirúrgico

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

Ex. f / RX

ANGELUS seguros

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura exposta perna — 21 - CID 10 PRINCIPAL: S820 — 22 - CID 10 SECUNDÁRIO: — 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

02 JUL. 2016

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: Tratamento cirúrgico de fratura — 25 - COD DO PROCEDIMENTO: 0408060500

26 - CLÍNICA: — 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: — 28 - MODALIDADE: SUS X SUPL. — 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CRM/CRO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 0286515160001

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: — 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/07/16 — 32 - ASSINATURA E CARIMBO COM NOME E REGISTRO DO CONSELHO:

Dr. Eduardo Braga Morais CRM-PB 6500

Dr. Eduardo Braga Morais CRM-PB 6500

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO — 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO — 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CAUSA DA VIOLÊNCIA — 37 - CÓD. DO MUNICÍPIO — 38 - SEXO

39 - LOCAL DA OCORRÊNCIA — 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 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: — 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

46 - DOCUMENTO: ( ) CRM ( ) CRM — 47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CRM) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / — 49 - ASSINATURA E CARIMBO COM NOME E REGISTRO DO CONSELHO:

MOD 009

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ANGELUS Seguros 12 JUL. 2016

Diagnóstico

Prof Ossos do Pesa

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Fernando Macedo	Alojamento	3	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
16/10	1- Dipirona						Ortopedia.
	2- SF 500ml EV 12/12	SPO	SPO				
	3- Dipirona 2ml EV 8/8	OK	OK	OK			Paciente sem queixas
	4- Tilatil 20mg EV 12/12	OK	OK				urgentes
	5- Omeprazol 40mg EV 1x dia	OK					
	6- CCGG	OK					Aguardo, empresa
	7- Clindamicina 600mg EV 6/6	OK	OK	OK	OK		
	8- Gentamicina 240mg EV 1x dia	OK	OK				
	9- Curativo	OK					

Dr. Humberto Costa
Ortopedia Traumatologia
CRM 5525

Dr. Humberto Costa
Ortopedia Traumatologia
CRM 5525

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ANGELUS Seguros 02 JUL 2016

Diagnóstico

Fratura exposta
QUE PERNA?

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Leandro Marcelino	Alojamento	3	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica		Horário			Evolução Médica
19/10	1- Dieta livre Dieta zero à Partir da 1/mev	6				Ortopedia
	2- SF 500ml Ev 12/12	12	800	1500		
	3- Dipirona 2ml Ev 8/8				6	Paciente sem queixas
	4- Tilid 20mg Ev 12/12					
	5- Omeprazol 40mg Ev cedo					Hgbal e enfermaria
	6- CC.GG					
	7- Cefazolina 600mg Ev 12/12					
	8- Gentamicina 240mg Ev 1x dia					
	9- Clindamicina 600mg Ev 6/6					
	10- Curativo					

Dr. Cristovão Rodrigues de Sá
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3335

Dr. Cristovão Rodrigues de Sá
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3335

Ferida em fluxo DIREITA.
Opção cirurgia

Dr. Fernando Gomes
MÉDICO
CRM 4811

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
20/10/15	10:15	36°	43	20	130/80	x	Paciente evoluindo bem sem intercorrência cos cuidados da enfermagem	
20/10/15	20:15	36°	43	20	130/80	x	Paciente estável P/melhora exame s/ intercorrência cos cuidados da equipe	
21/10	13:00	36.1	74	21	100/70	+	Paciente evolui bem sem queixas, mediado curativo de F.O em bom aspecto, com presença de crosta, aguardo limpeza, pelo cuidado cos curas + medicações conforme PM	ANGELUS Seguros 02 JUL. 2016
21/10/15	20h	36,5	76	20	100/70	+	Paciente evolui sem queixas, mediado aos cuidados da equipe.	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

ANGELUS seguro 02 JUL. 2016

Fratura de perna

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Evandro Marcelino	Alojamento	3	Leito	5	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
15/10	1- Dieta lv						Ortopedia
	2- SF 500mg Ev 12/12	10	16				
	3- Dipirona 2mL Ev 8/8	14	22	06			Paciente em quadro
	4- Tiofal 20mg Ev 18/18	14	24				
	5- Omeprazol 40mg Ev 1x dia	14					Apoiado, espírito, mas muito
	6- CC 60						pacientes
	7- Clindamicina 600mg Ev 6/6	12	18	24	06	L.E	
	8- Dexa 40mg Sc 1x dia	14					
	9- Curativo	14					

Dr. Schubert Costa
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5623

Dr. Schubert Costa
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5623

MOD.(3)

GOVERNO DA PARAÍBA

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

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Edamoro Marcelino | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax: 36,3 °C; P/FC: 78 bpm; FR: 20 irpm; PA: 10/70 mmHg. HGT: _____ mg/dl

Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm; Dor (X)S ( )N Local: _____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

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

GLASGOW: _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (X)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: ( )Preservado ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: _____

MMII: ( )Preservado ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: _____

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (X)Preservado ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (X)Preservado ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: (X)Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local: _____

Necessidade de Comunicação

( )Preservada ( )Prejudicada ( )Outro: _____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Dislalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (X)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi ___% ___l/min ( )Traqueostomia

(X)Eupnéia ( )Traquipnéia ( )Bradipneia ( )Dispnéia ( )Outro _____

Ausculta pulmonar: MV presente ( )D ( )E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios:( )Roncos ( )Sibilos ( )Crepitos ( )Estridor ( )Outro: _____

Tosse: ( )S (X)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S ( )N Quantidade e aspecto: _____

Queimaduras de vias aéreas: ( )S ( )N Permeabilidade das vias aéreas: ( )S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

Pele: (X)Corado ( )Hipocorado ( )Cianose ( )Sudoreso ( )Fria ( )Aquecida

Tempo de enchimento capilar: ( )≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S ( )N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: ( )Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: ( )Periférico ( )Central ( )Dissecção Localização: _____

Edema: (X)N ( )S ( )MMSS: _____ ( )MMII _____ ( )Anasarca

Observações:

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

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

Dentição: ( )Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (X)VO. ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastrostomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros: _____

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

RHA: ( ) Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação Intestinal: ( )Líquida (X)Normal ( )Constipado há _____ dias ( )Outros: _____

Observações:

Eliminação urinária: (X)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )SVD: Volume: _____ ml de _____ horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros: _____

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

Condição da pele: ( )Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Esquimose ( )Manchas ( )Hematoma ( )Rash ( )Prurido ( )Descamativa ( )Lesões:

Coloração da pele: ( )Normocorada ( )Hipocorada ( )Hipercorada ( )Ictérica ( )Cianótica

Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservado ( )Diminuído

Manifestações de sede: ( )S ( )N

Incisão cirúrgica: ( )S ( )N Local/Aspecto:

Úlcera de pressão: ( )S ( )N Estágio: Local: Descrição:

Necessidade do cuidado corporal

( )Independente ( )Dependente ( )Parcialmente dependente

Higiene Corporal: ( )Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor

Higiene Bucal: ( )Satisfatória ( )Insatisfatória

Necessidade de ajuda para auto-cuidado: ( )S ( )N

Limitação Física: ( )Acamado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:

Necessidade de sono e repouso

Preservado: ( )S ( )N ( )Insônia ( )Durmo durante o dia ( )Sono interrompido

Observações:

Necessidade de Segurança e Gregária

Sentimentos e Comportamentos: ( )Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Aprensão ( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Segue com CGR, no 1º DPO de desbridamento, realizado curativo oclusivo pois o curativo se encontrava muito sujo, MCAV e aos cuidados da equipe de enfermagem.

ANGELUS seguros

02 JUL 2016

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Tereza Cristina da Silva
ENFERMEIRA
COREN-RJ 131.173

DATA: 25/10/15 HORA: 13:00

FONTE: BORBOLINHÃO, R. C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre,2009

GOVERNO DA PARAÍBA

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

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTO)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Evanilho Marcelo | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax: 36 °C; P/FC: 80 bpm; FR: 20 irpm; PA: 12x8 mmHg. HGT: ____ mg/dl

Peso: ____ Kg; Altura: ____ cm; Dor ( )S ( )N Local: ____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

Nível de consciência: (✓)Consciente ( )Orientado ( )Confuso ( )Letárgico ( )Torporoso ( )Desorientado

GLASGOW: ____ Drogas (Sedação/Analgesia): ____

Pupilas: (✓)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: (✓)Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: ____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: ____

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: (✓)Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local: ____

Necessidade de Comunicação

(✓)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro: ____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Dislalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (✓)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi ___ % ___ l/min ( )Traqueostomia

(✓)Eupnéia ( )Taquipnéia ( )Bradipnéia ( )Dispnéia ( )Outro ____

Ausculta pulmonar: MV presente ( )D ( )E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( )Roncos ( )Sibilos ( )Creptos ( )Estridor ( )Outro: ____

Tosse: ( )S (✓)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S (✓)N Quantidade e aspecto: ____

Queimaduras de vias aéreas: ( )S (✓)N Permeabilidade das vias aéreas: ( )S ( )N

Necessidade de 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 ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (✓)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (✓)Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: (✓)Periférico ( )Central ( )Dissecção Localização: ____

Edema: (✓)N ( )S ( )MMSS: ____ ( )MMII ____ ( )Anasarca

Observações:

ANGELUS seguros

02 JUL. 2016

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

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

Dentição: ( )Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (✓)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros: ____

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

RHA: ( )Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

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

Observações:

Eliminação urinária: (✓)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )SVD: Volume: ____ ml de ____ horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros: ____

GOVERNO DA PARAÍBA

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

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Eduardo Francelino | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax:_____ °C; P/FC:_____ bpm; FR:_____ irpm; PA:_____ mmHg. HGT:_____ mg/dl

Peso:_____ Kg; Altura:_____ cm; Dor ( )S ( )N Local:_____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

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

GLASGOW:_____ Drogas (Sedação/Analgesia):_____

Pupilas: (X)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:_____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:_____

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: ( )Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local:_____

Necessidade de Comunicação

(X)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro:_____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Dislalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (X)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi___%___l/min ( )Traqueostomia

(X)Eupnéia ( )Traquipnéia ( )Bradipnéia ( )Dispnéia ( )Outro_____

Ausculta pulmonar: MV presente ( )D ( )E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios:( )Roncos ( )Sibilos ( )Creptos ( )Estridor ( )Outro:_____

Tosse: ( )S (X)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S ( )N Quantidade e aspecto:_____

Queimaduras de vias aéreas: ( )S ( )N Permeabilidade das vias aéreas: ( )S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

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

Tempo de enchimento capilar: ( )≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (X)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (X)Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: ( )Periférica ( )Central ( )Dissecção Localização:_____

Edema: (X)N ( )S ( )MMSS:_____ ( )MMII_____ ( )Anasarca

Observações:

ANGELUS seguros

02 JUL. 2016

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

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

Dentição: ( )Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (X)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros:_____

Abdômen: (X)Normolíneo ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:_____

RHA: (X) Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ( )Líquida (X)Normal ( )Constipado há_____dias ( )Outros:_____

Observações:

Eliminação urinária: (X)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )SVD: Volume:_____ml de_____horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros:_____

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

Condição da pele: (X)Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Esquimose ( )Manchas ( )Hematoma
( )Rash ( )Prurido ( )Descamativa ( )Lesões:

Coloração da pele: (X)Normocorada ( )Hipocorada ( )Hipercorada ( )Ictérica ( )Cianótica

Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservada ( )Diminuída

Manifestações de sede: ( )S (X)N

Incisão cirúrgica: ( )S (X)N Local/Aspecto:

Úlcera de pressão: ( )S (X)N Estágio: Local: Descrição:

Necessidade do cuidado corporal

( )Independente (X)Dependente ( )Parcialmente dependente

Higiene Corporal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor

Higiene Bucal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória

Necessidade de ajuda para auto-cuidado: ( )S ( )N

Limitação Física: ( )Acamado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:

Necessidade de sono e repouso

Preservado: (X)S ( )N ( )Insônia ( )Dorme durante o dia ( )Sono interrompido

Observações:

Necessidade de Segurança e Gregária

Sentimentos e Comportamentos: (X)Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Apreensão
( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

-- EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente evolui com melhora no quadro geral, alerta, orientado, [illegible] no cuidado [illegible]

Paciente segue sem febre [illegible] 02/11/15

ENFERMEIRA
COREN-RS

ANGELUS
seguros
02 JUL 2016

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 06/11/15 HORA:

ENFERMEIRA
COREN-RS

FONTE: BOPRONHÃO, R. C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre 2009

Bio Implants

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento 4012

Hospital: [illegible] Código:

Procedimento: [illegible] Cód. Procedimento:

Paciente: [illegible]

Data da Cirurgia: 01/12/15 Nº prontuário: [illegible] Convênio:

Cirurgião: [illegible] Código:

( ) Reposição ( ) Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
	[illegible]			
	[illegible]			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

									Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº									
	Qtd.									
	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 Malleolar 4.5 mm	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									

ANGELUS seguros 02 JUL. 2016

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: Total:

Cód. Instrumentador:

Anotações do Médico

[illegible] CRM: [illegible]-PE TEOT 1218

GOVERNO DA PARAÍBA

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

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Brandão Moreira de Barrado | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax:_____°C; P/FC:_____ bpm; FR:_____ irpm; PA:_____ mmHg, HGT:_____mg/dl

Peso:_____ Kg; Altura:_____cm; Dor ( )S (✓)N Local:_____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

Nível de consciência: (✓)Consciente ( )Orientado ( )Confuso ( )Letárgico ( )Torporoso ( )Desorientado

GLASGOW:_____ Drogas (Sedação/Analgesia):_____

Pupilas: (✓)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: (✓)Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:_____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: Fat MSD

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: ( )Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local:_____

Necessidade de Comunicação

(✓)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro:_____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Disfonia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (✓)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi___%___l/min ( )Traqueostomia

( )Eupnéia ( )Taquipnéia ( )Bradipneia ( )Dispnéia ( )Outro_____

Ausculta pulmonar: MV presente (✓)D (✓)E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios:( )Roncos ( )Sibilos ( )Crepitos ( )Estridor ( )Outro:_____

Tosse: ( )S (✓)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S (✓)N Quantidade e aspecto:_____

Queimaduras de vias aéreas: ( )S (✓)N Permeabilidade das vias aéreas: (✓)S ( )N

Necessidade de 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 ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (✓)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (✓)Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: (✓)Periférico ( )Central ( )Dissecção Localização: MSD

Edema: (✓)N ( )S ( )MMSS:_____ ( )MMII_____ ( )Anasarca

Observações:

ANGELUS seguros
02 JUL 2016

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

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

Dentição: (✓)Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (✓)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros:_____

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

RHA: (✓)Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ( )Líquida (✓)Normal ( )Constipado há_____dias ( )Outros:_____

Observações:

Eliminação urinária: (✓)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )SVD: Volume:_____ml de_____horas Aspecto: ( )Claro ( )Concentrada ( )Outros:_____

GOVERNO DA PARAÍBA

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

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Eurodes Expedito de Oliveira | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax:____°C: P/FC:____ bpm: FR:____ Irpm; PA:____ mmHg. HGT:____mg/dl

Peso:____ Kg: Altura:____cm: Dor ( )S ( )N Local:____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

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

GLASGOW:____ Drogas (Sedação/Analgesia):____

Pupilas: (X)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia , Local:____

Necessidade de Percepção Visual; Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: ( )Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local:____

Necessidade de Comunicação

(X)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro:____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Dislalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (X)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi___%___l/min ( )Traqueostomia

(X)Eupnéia ( )Taquipnéia ( )Bradipnéia ( )Dispnéia ( )Outro____

Ausculta pulmonar: MV presente ( )D ( )E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios:( )Roncos ( )Sibilos ( )Creptos ( )Estridor ( )Outro:____

Tosse: ( )S (X)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S ( )N Quantidade e aspecto:____

Queimaduras de vias aéreas: ( )S (X)N Permeabilidade das vias aéreas: ( )S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

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

Tempo de enchimento capilar: ( )≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (X)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (X)Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: (X)Periférica ( )Central ( )Dissecção Localização:____

Edema: (X)N ( )S ( )MMSS:____ ( )MMII____ ( )Anasarca

Observações:

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

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

Dentição: ( )Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (X)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros:____

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

RHA: (X)Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ( )Líquida (X)Normal ( )Constipado há____dias ( )Outros:____

Observações:

Eliminação urinária: (X)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )SVD: Volume:____ml de____horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros:____

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa:

Condição da pele: (✓)Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Esquimose ( )Manchas ( )Hematoma ( )Rash ( )Prurido ( )Descamativo ( )Lesões:

Coloração da pele: (✓)Normocorada ( )Hipocorada ( )Hipercorada ( )Ictérica ( )Cianótica

Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservada ( )Diminuída

Manifestações de sede: ( )S (✓)N

Incisão cirúrgica: ( )S (✓)N Local/Aspecto:

Úlcera de pressão: ( )S (✓)N Estágio: Local: Descrição:

Necessidade do cuidado corporal:

( )Independente (✓)Dependente ( )Parcialmente dependente

Higiene Corporal: (✓)Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor

Higiene Bucal: (✓)Satisfatória ( )Insatisfatória

Necessidade de ajuda para auto-cuidado: ( )S ( )N

Limitação Física: ( )Acamado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:

Necessidade de sono e repouso

Preservado: (✓)S ( )N ( )Insônia ( )Dorme durante o dia ( )sono interrompido

Observações:

Necessidade de Segurança e Gregária

Sentimentos e Comportamentos: (✓)Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Aprensão ( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] (oxigênio) [illegible]
[illegible] [illegible] [illegible] UTI [illegible] [illegible]
[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
[illegible] aos cuidados da enfermagem.

ENFERMEIRA
COREN [illegible]

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

ENFERMEIRA
COREN-PB [illegible]

DATA: [illegible] HORA:

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

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

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

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

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

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

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

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

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

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

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

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

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

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

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

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Marcia T. Jobim Enfermeira COREN-RS 220512 DATA: 21/11/15 HORA: ____ h

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

GOVERNO DA PARAÍBA

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

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Evandro Marcelino de Arruda | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax: 36 °C; P/FC: 80 bpm; FR: 22 irpm; PA: ____ mmHg, HGT: ____ mg/dl

Peso: ____ Kg; Altura: ____ cm; Dor ( )S ( )N Local: ____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica:

Nível de consciência: (✓)Consciente ( )Orientado ( )Confuso ( )Letárgico ( )Torporoso ( )Desorientado

GLASGOW: ____ Drogas (Sedação/Analgesia): ____

Pupilas: (✓)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: ____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: ____

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: (✓)Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local: ____

Necessidade de Comunicação

(✓)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro: ____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Dislalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (✓)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi ___% ___l/min ( )Traqueostomia

( )Eupnéia ( )Taquipnéia ( )Bradipnéia ( )Dispnéia ( )Outro ____

Ausculta pulmonar: MV presente ( )D ( )E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( )Roncos ( )Sibilos ( )Crepitos ( )Estridor ( )Outro: ____

Tosse: (✓)S ( )N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S (✓)N Quantidade e aspecto: ____

Queimaduras de vias aéreas: ( )S (✓)N Permeabilidade das vias aéreas: ( )S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

Pele: (✓)Corada ( )Hipocorada ( )Cianose ( )Sudorese ( )Frio ( )Aquecida

Tempo de enchimento capilar: ( )≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (✓)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (✓)Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: (✓)Periférico ( )Central ( )Dissecção Localização: ____

Edema: (✓)N ( )S ( )MMSS: ____ ( )MMII ____ ( )Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

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

Dentição: ( )Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (✓)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros: ____

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

RHA: ( ) Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

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

Observações:

Eliminação urinária: (✓)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )SVD: Volume: ____ ml de ____ horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros: ____

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Eduardo ~~[illegible]~~ Alcelino Andrade	Alojamento	3	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
05/11/15	1) Dieta livre 2) Vit C 500mg IVD 12/12h 3) Dipirona 500mg IVD 6/6h		05/11/15 Paciente chega com dor de dente zero após cafe. Para avaliação de Dr. Vespasiano
06/11/15	1) Dieta livre, zero p/ meia-noite. 2) Vit C 500mg IVD 12/12h 3) Dipirona 500mg IVD 6/6h 4) Cefalotina		06/11/15 Paciente será operado amanhã.
07/11/15	1) Dieta livre após aceitação 2) Dipirona 30 gotas VO (SOS) 3) Cuidados gerais.		Operado sob bloqueio anestesia de plexo braquial.

Dr. Vespasiano Gomes Gomes
Médico
CRM 4511

7

GOVERNO DA PARAÍBA

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

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: [illegible] | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax:____ °C; P/FC:____ bpm; FR:____ irpm; PA:____ mmHg. HGT:____ mg/dl

Peso:____ Kg; Altura:____ cm; Dor ( )S ( )N Local:____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

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

GLASGOW:____ Drogas (Sedação/Analgesia):____

Pupilas: (X)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Motilidade física: MMSS: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:____

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (X)Preservada ( )Diminuida ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (X)Preservada ( )Diminuida ( )Ausente

Dor: ( )Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local:____

Necessidade de Comunicação

(X)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro:____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Dislasia ( )Disartria ( )Dislalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (X)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi ___% ___l/min ( )Traqueostomia

(X)Eupnéia ( )Taquipnéia ( )Bradipnéia ( )Dispnéia ( )Outro____

Ausculta pulmonar: MV presente ( )D ( )E Diminuidos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios:( )Roncos ( )Sibilos ( )Creptos ( )Estridor ( )Outro:____

Tosse: ( )S (X)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S ( )N Quantidade e aspecto:____

Queimaduras de vias aéreas: ( )S ( )N Permeabilidade das vias aéreas: ( )S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

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

Tempo de enchimento capilar: ( )≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (X)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (X)Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: (X)Periférico ( )Central ( )Dissecção Localização:____

Edema: ( )N ( )S ( )MMSS:____ ( )MMII____ ( )Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

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

Dentição: ( )Completa ( )Incompleta ( )Uso de prótese

Alimentação: (X)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros:____

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

RHA: (X)Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ( )Líquida (X)Normal ( )Constipado há____dias ( )Outros:____

Observações:

Eliminação urinária: (X)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )SVD: Volume:____ml de____horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros:____

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

Condição da pele: (X)Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Esquimose ( )Manchas ( )Hematoma ( )Rash ( )Prurido ( )Descamativa ( )Lesões:

Coloração da pele: (X)Normocorada ( )Hipocorada ( )Hipercorada ( )Ictérica ( )Cianótica

Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservada ( )Diminuída

Manifestações de sede: ( )S (X)N

Incisão cirúrgica: ( )S (X)N Local/Aspecto:

Úlcera de pressão: ( )S (X)N Estágio: Local: Descrição:

Necessidade do cuidado corporal

( )Independente (X)Dependente ( )Parcialmente dependente

Higiene Corporal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor

Higiene Bucal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória

Necessidade de ajuda para auto-cuidado: ( )S ( )N

Limitação Física: ( )Acamado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:

Necessidade de sono e repouso

Preservado: (X)S ( )N ( )Insônia ( )Dorme durante o dia ( )sono interrompido

Observações:

Necessidade de Segurança e Gregária

Sentimentos e Comportamentos: (X)Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Apreensão ( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente evolui bem, aberto enxerto com pequenas lesões, precisou colocar plaquetas. Segue em curativo com ortopedia.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: HORA:

FONTE: GOPRDINHÃO, R. C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre,2009

GOVERNO DA PARAÍBA

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

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Pedro Horubino de Arruda | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax:_____°C; P/FC:_____ bpm; FR:_____ irpm; PA: 110x80mmHg. HGT:_____mg/dl

Peso:_____ Kg; Altura:_____cm; Dor (✓)S ( )N Local: Perna

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

Nível de consciência: (✓)Consciente ( )Orientado ( )Confuso ( )Letárgico ( )Torporoso ( )Desorientado

GLASGOW:_____ Drogas (Sedação/Analgesia):_____

Pupilas: (✓)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: (✓)Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:_____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: Pé D HSD

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: ( )Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local:_____

Necessidade de Comunicação

(✓)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro:_____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Disfalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (✓)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi___%___l/min ( )Traqueostomia

(✓)Eupnéia ( )Traquipnéia ( )Bradipnéia ( )Dispnéia ( )Outro_____

Ausculta pulmonar: MV presente (✓)D (✓)E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios:( )Roncos ( )Sibilos ( )Creptos ( )Estridor ( )Outro:_____

Tosse: ( )S (✓)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S (✓)N Quantidade e aspecto:_____

Queimaduras do vias aéreas: ( )S (✓)N Permeabilidade das vias aéreas: (✓)S ( )N

Necessidade de 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 ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (✓)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (✓)Rítmica ( )Arritmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: ( )Periférico ( )Central ( )Dissecção Localização:_____

Edema: (✓)N ( )S ( )MMSS:_____ ( )MMII_____ ( )Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

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

Dentição: (✓)Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (✓)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros:_____

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

RHA: (✓)Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ( )Líquida (✓)Normal ( )Constipado há_____dias ( )Outros:_____

Observações:

Eliminação urinária: (✓)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )SVD: Volume:_____ml de_____horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros:_____

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1.IDENTIFICAÇÃO

Nome: Evandro Moraes | Registro: | Leito: 3-3 | Setor Atual:

2.AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: (✓) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorrengentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: (✓) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

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

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

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

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

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

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

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

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

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

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

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

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Paciente evolui com / drenos
dieta aceita
dreno (+)
curativos (+)
deambula auxiliado.
Acesso: / M. esq.
Cirurgia: - aq. abertura pós exame.
Aquisição: S/ queixas.
Fumo: ausente.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 11/11/15 HORA:____ h

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

GOVERNO DA PARAÍBA

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

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 ( ) | Outro ( )	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 de 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 do 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 distenção abdominal.		
( ) Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		( ) Obtenção de eliminação intestinal eficaz (adequada / melhorada).
( ) Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
( ) Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		
( ) Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		( ) Melhora a aceitação alimentar.
( ) Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
( ) Observar e comunicar dificuldades alimentares.		( ) Manutenção da glicemia estável.
( ) Encaminhar ao banho de chuveiro.		
( ) Realizar banho no leito (SIN) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		( ) Auxílio diário às necessidades de higiene.
(X) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
( ) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
(X) Avaliar características, intensidade e local da dor.		( ) Controle da dor (melhorada / ausente).
(X) 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.		
(X) Analisar condições do curativo.		( ) Melhora da integridade da pele.
( ) Orientar e estimular a hidratação da pele.		( ) Diminuição do risco de lesão.
( ) 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.		
(X) 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.		( ) Diminuir o risco de infecção.
( ) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
( ) Determinar a capacidade em transferir-se (Escala de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
( ) Manter as grades do leito elevadas.		( ) Diminuir o risco de queda.
( ) Conter o paciente quando necessário.		
( ) Manter ambiente calmo e tranquilo.		
( ) Orientar repouso no leito.		( ) Melhora do padrão do sono.
(X) Administrar medicação CPM.		
( ) Outros		( ) Outros
( ) Outros		
		( ) Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a): _____

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem: _____

FONTE: NSC 2010; CHAVES L.D.; SOLANO A.; SAE, 2 ed

GOVERNO DA PARAÍBA

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

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Fernando Marcelino | Enfermaria: 3 | Leito: 3 | Data: 14/11/15

	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 ( ) | Outro ( )	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 do 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		

GOVERNO DA PARAÍBA

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

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Evandro Horulino | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax: 36,4 °C; P/FC: 80 bpm; FR: 18 irpm; PA: _____ mmHg, HGT: _____ mg/dl

Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm; Dor ( )S ( )N Local: _____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

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

GLASGOW: _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (X)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: _____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: _____

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: ( )Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local: _____

Necessidade de Comunicação

(X)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro: _____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Dislalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (X)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi ___ % ___ l/min ( )Traqueostomia

(X)Eupnéia ( )Taquipnéia ( )Bradipneia ( )Dispnéia ( )Outro _____

Ausculta pulmonar: MV presente ( )D ( )E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( )Roncos ( )Sibilos ( )Crepitos ( )Estridor ( )Outro: _____

Tosse: ( )S (X)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S ( )N Quantidade e aspecto: _____

Queimaduras de vias aéreas: ( )S ( )N Permeabilidade das vias aéreas: ( )S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

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

Tempo de enchimento capilar: (X)≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (X)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: ( )Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: ( )Periférico ( )Central ( )Dissecção Localização: _____

Edema: ( )N ( )S ( )MMSS: _____ ( )MMII _____ ( )Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

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

Dentição: ( )Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (X)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros: _____

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

RHA: (X)Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

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

Observações:

Eliminação urinária: (X)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )SVD: Volume: _____ ml de _____ horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros: _____

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

Condição da pele: (X)Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Equimose ( )Manchas ( )Hematoma

( )Rash ( )Prurido ( )Descamativa ( )Lesões:

Coloração da pele: (X)Normocorada ( )Hipocorada ( )Hipercorada ( )Ictérica ( )Cianótica

Condições das mucosas: (X)Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservado ( )Diminuída

Manifestações de sede: ( )S (X)N

Incisão cirúrgica: ( )S (X)N Local/Aspecto:

Úlcera de pressão: ( )S (X)N Estágio: Local: Descrição:

Necessidade do cuidado corporal

( )Independente ( )Dependente (X)Parcialmente dependente

Higiene Corporal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor

Higiene Bucal: (X)Satisfatória. ( )Insatisfatória

Necessidade de ajuda para auto-cuidado: (X)S ( )N

Limitação Física: (X)Acamado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:

Necessidade de sono e repouso

Preservado: (X)S ( )N ( )Insônia ( )Dorme durante o dia ( )sono interrompido

Observações:

Necessidade de Segurança e Gregária

Sentimentos e Comportamentos: (X)Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Aprensão

( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

15/11/15

Paciente, consciente, orientado, não refere queixas, PCPM, quadro de dieta, eliminações preservadas, sono e repouso preservados, segue ao [illegible] do leito

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: HORA:

FONTE: GOPRONHÃO, R. C. Coleta de dados por meio do grupo focal. Porto Alegre,2009

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

Condição da pele: (X)Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Esquimose ( )Manchas ( )Hematoma
( )Rash ( )Prurido ( )Descamativa ( )Lesões.
Coloração da pele: (X)Normocorada ( )Hipocorada ( )Hipercorada ( )Icterica ( )Cianótica
Condições das mucosas: (X)Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservada ( )Diminuída
Manifestações de sede: ( )S (X)N
Incisão cirúrgica: ( )S (X)N Local/Aspecto:
Úlcera de pressão: ( )S (X)N Estágio: Local: Descrição:

Necessidade do cuidado corporal

( )Independente (X)Dependente ( )Parcialmente dependente
Higiene Corporal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor
Higiene Bucal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória
Necessidade de ajuda para auto-cuidado: (X)S ( )N
Limitação Física: (X)Acamado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:

Necessidade do sono e repouso

Preservado: (X)S ( )N ( )Insônia ( )Dorme durante o dia ( )Sono interrompido
Observações:

Necessidade de Segurança e Gregária

Sentimentos e Comportamentos: (X)Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Apreensão
( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

04/10/15

Lúcido, acordado, orientado, HCPM, queixa de diarreia, segue aos cuidados da equipe. [illegible]

04/10/15

Lúcido, orientado, HCPM, queixa de diarreia, foi [illegible] medicação, segue aos cuidados da equipe. [illegible]

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA:

HORA:

FONTE: BOPRDINHAO, R. C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre,2003

GOVERNO DA PARAÍBA.

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

Diagnóstico

Queimadura 7
lesão de pele

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Geraldo Marcelino | Alojamento: 3 | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17/11	(1) Dieta leve (2) Retirar sondas (3) Alta hospitalar		41º DIA Pct. evolui com lesões extensas em membros superiores e inferiores de pele com 7 dias. CP: Alta para ambulatorial Encaminhamento para outros Retirar sondas Aguardar transferência complicação de pele p/ ortopedia

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

fratura exposta tíbia

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Leandro Marcelino	Alojamento	3	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
6/11	(1) Dieta livre				40 anos
	(2) Dipirona - 30 gotas, V.O. 6/6 SIU		(10)		Paciente evoluiu estável sem intercorrências
	(3) Omeprazol 20mg, V.O. 01x/dia				
	(4) Cefalexina		titi		
	(5) SSN 0,9 + CCGG				

CRM-PB

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Ferida em perna direita

Paciente: Elimar Marcelino Santos | Alojamento: 03 | Leito: 03 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
8/11/15	1) Dieta livre 2) Dipirona 30 gts no 6/6h 3) Não fazer curativo	18 22	1º dia de L.O. de amputação de perna direita. Paciente em pós-op.
9/11/15	1) Dieta livre 2) Dipirona 30 gts no 6/6h 3) Não fazer curativo	12 18 24 06	09/11/15 2º DPO de amputação de perna. Sem queixas.
10/11/15	1) Dieta livre 2) Dipirona 30 gts no 6/6h 3) Não fazer curativo	12 18 24 06	10/11/15 3º DPO de amputação de perna. Sem intercorrências.
11/11/15	* Ibuprofeno 1 cp no 12/12h 1) Dieta livre 2) Dipirona 30 gts no 6/6h	12 24 12 18 24 06	11/11/15 Refere dor na coxa

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Eduardo Fernandes Andrade | Alojamento | Leito: 3 | Convênio: 3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02/11/15	1) Dieta livre 2) Dipirona 30 gts no 6/6h 3) Vit C 500mg no 12/12h 4) Curativo (cada genral) 5) SPV		02/11/15 Apresenta queixas de febre nas últimas horas. Em tempo bom geral, ativo, lúcido, orientado, com febre ainda.
03/11/15	1) Dieta livre ZERO a partir de meia noite 2) Vit C 500mg no 12/12h 3) Curativo (cada general) 4) SPV		03/11/15 Paciente deverá ser submetida a amputação de perna hoje. Paciente não foi operado por falta de leito no C.C.
04/11/15	1) Dieta ZERO 2) Curativo		04/11/15 Paciente de dieta zero para hoje.

Diagnóstico

Fratura na perna direita.

GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Av. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - Campina Grande - PB

CNPJ: 08.778.268/0001-60

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: Lucinda Marques

PONTUARIO Nº:

CARTÃO SUS Nº:

ANDAR/SERVIÇO	ENFERMARIA	LEITO	IDADE	PESO	ALTURA	ALERGIAS
	3	3				

ITEM	PRESCRIÇÃO	QUANTIDADE	OBSERVAÇÕES
31	Dieta livre		
32	Vitamina C 500 mg EV 12/12 h	12 / 22	
	Dipirona 30 gotas EV 11/11 h	12	
	Ranitidina 50 mg EV	12	
	Soro fisiológico	12	

IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR

ASSINATURA

DATA / /

DISPENSADOR POR

HORA:

VISTO FARMACÊUTICO:

MOD. 016

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente | Alojamento 3 | Leito 3 | Convênio

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
20/10	1 - Dieta livre			Odiando
	2 - SF 500 ml EV 12/12	SP/Fur		Paciente em quadro
	3 - Dipirona 2ml SC 6/6	X		
	4 - Metoclopramida EV 12/12	X		Agitado, confuso
	5 - Omeprazol 40mg EV 1x/dia	X		
	6 - CC 06			
	7 - Clindamicina 600mg EV 6/6	SUSPENSO		FRAQUEZA
	8 - Gentamicina 240mg EV 1x/dia			E CANSAÇO
	9 - Ciprofloxacina 400mg EV 12/12			FALTAM
	10 - Curativo			VISTO A VISTA
				DIAS
	CI			
21/10	Dieta livre			
	SWCC06	SN		
	Dipirona 30 gotas			
	Curativo			

Dr. Dirceu Carvalho
Cirurgia-Plástica
CRM 4968-PE

Dr. Dirceu Carvalho
Cirurgia-Plástica

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fx maxilar de perna

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Evandro Marcelino | Alojamento: 3 | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
5/10	(1) Dieta livre		Ortopedia
	(2) SF 500 ml EV 12/12h	500 500	Paciente sem queixas, estável,
	(3) Dipirona 2ml EV 8/8h	14 22 06	nega dor
	(4) Tilatil 20mg EV 12/12h	12 24	Abdômen: suprimido
	(5) Omeprazol 40mg EV 1x/dia	06	
	(6) Dimetilmina 60gotas EV 6/6h	12 18 24 06	
	(7) Lactamina 250mg EV 1x/dia	14	
	(8) Ciprofloxacino 400mg EV 12/12h	12 24	
	(9) Curativo		

Jaylla Drielle Melo
Médica
CRM-PB 9233

Jaylla Drielle Melo
Médica
CRM-PB 9233

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

IX [illegible] de [illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Evandro Marcelino | Alojamento: 3 | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
8/10	Dieta leve SF 500 mL EV 12/12h Dipirona 2 mL EV 8/8h Tilatil 20 mg EV 12/12h Omeprazol 40 mg EV 1x/dia Ciprofarmine 640 mg EV 6/6h Gentamicina 240 mg IV 1x/dia Lasitis	12 22 06	Ortopedia Avaliado o quadro clínico Afebril, eupneico ITU Falta laudo
	Ciprofloxacino 400 mg, IV, 12/12h	22	

Jayilla Duarte Melo
Médica
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9233

Jayilla Duarte Melo
Médica
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9233

Jayilla Duarte Melo
Médica
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9233

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura [illegible]

Paciente: [illegible] | Alojamento: 3 | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/10	1- [illegible]	[illegible]	[illegible]
	2- [illegible]	[illegible]	[illegible]
	3- [illegible]	[illegible]	[illegible]
	4- [illegible]	[illegible]	[illegible]
	5- [illegible]	[illegible]	[illegible]
	6- [illegible]	[illegible]	[illegible]
	7- [illegible]	[illegible]	
	8- [illegible]	[illegible]	
	9- [illegible]	[illegible]	
	10- [illegible]		

Dr. Schubert Costa
Ortopedia-Traumatologia
Coluna da Coluna
CRM 5523

Dr. Schubert Costa
Ortopedia-Traumatologia
Coluna da Coluna
CRM 5523

GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Av. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - Campina Grande - PB

CNPJ: 08.778.268/0001-60

PRESCRIÇÃO MÉDICA

5

3-3

PACIENTE							PORTUÁRIO Nº:
							CARTÃO SUS Nº:
ANDAR/SERVIÇO:	ENFERMARIA	LEITO	IDADE	PESO	ALTURA	ALERGIAS	

ITEM	PRESCRIÇÃO	QUANTIDADE	OBSERVAÇÕES
30/10/13			
30	1) Dieta livre		
13	2) Dipirona 2g ev 6/6h s/n		
	3) Ranitidina 50mg ev 12/12h		
	4) Cuidados com hemodiálise		
	5) Soro 1 SVE		

IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR	DATA	DISPENSADOR POR
	/ /	HORA:
ASSINATURA		VISTO FARMACÊUTICO:

MOD.010

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23.10.15	10:h	36,2°C	75	23	120/70	+	Paciente evolui estável, medicado + curativo segue aos cuidados da equipe.	[illegible]
23/10/15	20h	36,2°C	75	23	120x70	+	Paciente orientado, queixa-se de dor no membro inferior e segue sob os cuidados da equipe.	[illegible]
24/10	14h	37,8°C	80	20	120x80		Pact. estável mantendo curativo.	
24/10	22h	36C	78	18	120/70	+	Paciente [illegible]	[illegible]
25/10/15	14h	36,3C	78	20	110x70	+	Consciente, orientado, medicado e sob os cuidados da equipe o paciente segue estável.	[illegible]
	20h	36,8°C	22	120x70			Pact. segue estável sob medicamentos e curativo.	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Evandro Marcelino | Alojamento: 3 | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/10/2015	① Dieta branda ② SSVV CCG ③ Dipirona 30 gts VO SIN ④ Curativo diário		Bom em Ulceração
	Dr. Dirceu Carvalho Cirurgia-Plástica CRM 4965-PE		Dr. Dirceu Carvalho Cirurgia-Plástica CRM 4965-PE
			Decisão de tratamento conservador
24/10/2015	Boa aceitação da dieta SSVV Dipirona + AD3 Dr Cl SSVV CCG	19:00	Dr. Dirceu M. Carvalho CIRURGIA PLÁSTICA CRM 5978
	Dr. Dirceu M. Carvalho CIRURGIA PLÁSTICA CRM 5978		Evolução, em ulceração
25/10/2015	Boa aceitação SSVV CCG Dipirona em PRN Em ulceração		Dr. Dirceu M. Carvalho CIRURGIA PLÁSTICA CRM 5978

Desbridamento Sala 01

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

PACIENTE: Eduardo Marcelino de Souza DN. 19.09.1975

LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
01	SUS	40 anos	1042539

CIRURGIA: Desbridamento ~~Desgastamento~~ cirúrgico
CIRURGIÃO: Dr. Circeu
ANESTESIA: Raqui
ANESTESIA: Dr. Alma
INSTRUMENTADORA:
DATA: 14.10.15
INÍCIO: 09:40
FIM: 10:00

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS
	Adrenalina amp
	Atropina amp.
	Diazepan amp.
01	Dimoro amp
	Decortino amp.
	Lidocaína ml
	Fenergan amp
	Cetoconl ml
	Novalgina ml
	Neostigmina 0,50 ml
	Nubain amp
	Pavulon amp.
	Prolopime amp.
	Protóxido gin
	Quelicin ml
	Raniten amp
	Thiopental ml
	Tramum amp.

Qtd.	MEDICAÇÕES
	Água Destilada amp
	Decadron amp
02	Dipirona amp.
	Flavitol amp.
	Fotocomb amp.
	Gentamicina amp
	Glicose amp.
	Gluconato de Cálcio amp
	Heparina ml.
	Heparina ml.
	Kanitoxin amp.
	Lasix amp
	Medrolinezol.
	Plasil amp.
	Polamiro
	Reviron amp.
	Sinalgesic amp
02	Solucaína
02	Tramotrix
01	Dexametasona
01	Manisidan

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES
01	Agulha desc. 25x7 40x12
	Agulha desc. 28 x 78
	Agulha desc. 3 x 3,5
01	Agulha raquis nº 25
05	Álcool de Enfermagem
	Álcool Iodado ml
03	Ataduras de Crepon
	Ataduras de Gessada
	Azul metileno amp.
	Benzina ml

Qtd.		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Bolsa Coleostoma		Catgut cromado Sertix	
	Cateter p/ Oxo.		Catgut cromado Sertix	
	Cateter De Uriner Sol. Fech		Catgut cromado Sertix	
	Compressa Grande		Catgut Simples	
	Compressa Pequena		Catgut Simples Sertx	
	Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Creme		Catgut Simples Sertix	
	Dreno Kerr nº		Cera p/ osso	
	Dreno Penrose nº		Etilbond	
	Dreno Pezzer nº		Etilbond	
	Equipo de Macrogotas		Etilbond	
	Equipo de Microgotas		Fio de Algodão Sertx	
	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sulupak	
05	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulupak	
	Furacin ml		Fita cardíaca	
05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Mononylon	
	H.C. ml		Mononylon	
	Intracath Adulto		Prolene Sertix	
	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Lâmina de Bisturi nº 15		Vicryl Sertx	
	Luvas 7,0		Vicryl Sertx	
02	Luvas 7,5		Vicryl Sertx	
	Luvas 8,0			
05	Cateter ml Desbridamento			
05	Fenta Clorexidina			
	EQUI Dexamonase ml			
	PVP Topico ml.	Qtd.	SOROS	
	Sabão Anti séptico		SG Normotônico fr 500 ml	
05	Saco coletor p/ lixo		SG Glicose fr 500 ml.	
01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertônico fr 500 ml	
	Seringa desc. 20 ml		SG Ringer fr 500 ml	
01	Seringa desc. 25 ml	01	SG Fr 500 ml Fisiológico	
	Sonda	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Sonda foley			
	Sonda Nasogástrica			
	Sonda Uretral nº			
	Steridrol ml			
	Torneirinha			
	Vaselina ml			
	Seton nº 3			
	Lateso			
05	Eletrodos			
05	Sulfadiazina			

EQUIPAMENTOS

(X) Dermatomo de Passo
( ) Serra
(X) Desfibrilador
(X) Foco Frontal Cirúrgico
( ) Fonte de Luz
( ) Foco Auxiliar
( ) Eletrocautério
( ) Oxicapnógrafo
( ) Condicionador
( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL: Silvana Aguiar

WDD026

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta 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 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

Assinatura Anestesista

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: EDIMUNDO MARCELINO | IDADE: — | SEXO: M | COR:

DATA: 3/11/2016 | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | OUTROS

LIMPIA | ÁGUA | BICARBONATO

AP. RESPIRATÓRIO | HEMATOCARDIOGRAMA

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO

ESTADO VENTAL | ATRAXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: NEFROSE DE PELE POR [illegible]

ANTIBIOSE ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA | ÀS | EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS | LÍQUIDOS

CÓDIGOS
VP: ARTERIAL - O PULSO - O - RESPIRAÇÃO
AX - ANESTESIA O - OPERAÇÃO

INDUÇÃO
Satisf.: Exci.: Tosse:
Laringo espasmo: Lúmia:
Náuseas: Vômitos:
Outros:

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF.: Sim Não
Não, por que?:

DESPERTAR
Reflexos na SO:
Obnu.: CO2: Excit.:
Náuseas: Vômitos:
Outros:

Com cânula:
Para o Leito Sim Não

CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES: MARCIANO DA SILVA

TÉCNICA: RAQUEL ANESTESIA

CÂNULAS

OPERAÇÃO: DESBRIDAMENTO CANINGRIO

CIRURGIÕES: DINCEU

ANESTESISTAS: ALMIR

OBSERVAÇÕES

PERDA SANGUÍNEA

ANOTAR, NO VERSO AS CONDIÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nº Prontuário

Nome do Paciente: Eucliano Paracim

Leito

Data da Operação: 24.10.05 | Enf.

1.º Auxiliar

Operador: Dr. Duarte

Instrumentador

2.º Auxiliar | 3.º Auxiliar

Tipo de Anestesia: Raqui

Anestesia: Dr. Almir

Diagnóstico Pré-Operatório: Necrose de pele pós trauma M.I.E.

Tipo de Operação: Desbridamento cirúrgico

Diagnóstico Pós-Operatório: o mesmo

Relatório Imediato da Patologia

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Vísceras

Anestesia de elevação
Desbridamento pele necrosada M.I.E.
Curativo e gaze vaselinada.

Dr. Dirceu V. Carvalho
Cirurgião Plástico
CRM-PB

Mod 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

GOVERNO DA PARAÍBA

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

04

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente | Alojamento | Leito | Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário
13/10	1 - [illegible]	
	2 - [illegible]	
	3 - [illegible]	
	4 - [illegible]	
	5 - [illegible]	
	6 - [illegible]	
	7 - [illegible]	
	8 - [illegible]	
	9 - [illegible]	
	10 - [illegible]	

Diagnóstico

Evolução Médica

Dr. [illegible]
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM [illegible]

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura Ossos Longos

Paciente: Evandro Marcelino | Alojamento: 3 | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário			
12/10	1. Dieta 2c				
	2. SF 0,9% 500ml EV 12/12	500	600		
	3. Dipirona 2ml EV 8/8				
	4. Tramal 100mg EV 12/12				
	5. Omeprazol 40mg EV 1x/dia				
	6. CC-BS "				
	7. Clexane 40mg SC 1x/dia				
	8. Cimdamicina 600mg EV 6/6				
	9. Curativo				
	10. Elevar MMII 2/2h				

Evolução Médica

10º Ortopedia

Paciente em enfermaria

Apetite preservado

Nunes

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
11/10/15	12h	36,5	98	20	100x70	+	Paciente [illegible] tem, realizado Curativo e cuidados gerais [illegible] medicado conforme prescrição.	
11/10/15	22:00	37,8	80	[illegible]	11/70	+	Segue [illegible] Sem, [illegible] [illegible] [illegible] enfermagem — [illegible]	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

[illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Fernando Marcelino | Alojamento: [illegible] | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
4/10	1- Dieta livre 2- [illegible] 500 ml SG 5% 3- [illegible] 4- [illegible] 5- [illegible] 6- CC/GG 7- Cuidados com sondas 8- [illegible] 9- [illegible] 10- Acompanhamento [illegible]		Paciente [illegible] [illegible]

MOD.

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fratura Osteoporótica

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Francisco Marcelino | Alojamento: 2 | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
10/10	1 Dieta livre	5:30					Osteoporótico
	2 - SF a 9% 1000ml EV 12/12	14	22	10			Paciente [illegible]
	3 - Dipirona 2ml EV 8/8						[illegible]
	4 - Tilatil 20 mg EV 12/12			24			
	5 - Omeprazol 40 mg EV 12/12			04			
	6 - Dexa 4mg EV 6/6						
	7 - Clindamicina 300 mg EV 6/6	12	18	24	06	LE	
	8 - Heparina 5.000 UI SC 12/12	14		22		06	
	9 - [illegible]	14					
	10 - [illegible]	14					

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura osso pelvico

Paciente	Emilio Moreira	Alojamento	3	Leito	5	Convênio	

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
	1- Dipirona	ev		Ortopedia
	2- SF 0,9% 500ml EV 12/12h	12	24	Fratura estável, sem
	3- Dipirona 2ml EV 8/8h	12	22 06	cirurgia.
	4- Tilatil 20mg EV 12/12h	12	24	Liberar, espera
	5- Omeprazol 40mg EV 1x/dia	06		
	6- Clexane 40mg SC 1x/dia	06		
	7- Cimetidina 10mg EV 6/6h	14	22 06	
	8- Cloreto de sódio 10% 8/8h	14	22 06	
	9- Curativo	GD		
	10- CC Cis	CV		

Dr. Cristianos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3335

Dr. Cristianos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3335

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura Ossos Perna

Paciente	Evandro Marcelino	Alojamento	3	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica		Horário				Evolução Médica
03/10	1. Dieta lim. Cafahui						Ortopedia
	2. SFa 3L Soro Ev 12/12h						
	3. Clindamicina 600mg EV 6/6h						Paciente estável, sem queixas.
	4. Dipirona 2ml EV 8/8h						
	5. Tramadol 50mg EV 12/12h						
	6. Omeprazol 40mg EV 1x dia						Nega dor.
	7. CC 60						
	8. Curativo						Ferida operatória
	9. Oxacilina 40mg SC 1x dia						
	10. Floram 9 ch 00 8/8h						
	11. CC pesar						

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura exp. Ossos Perna.

Paciente	Eduardo Marcelino	Alojamento	3	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06/08	1. Dieta livre		Ortopedia
	2. SF 0,9% 500ml EV 12/12h		Paciente estável, sem queixas
	3. Dipirona 2ml EV 8/8h		negadas
	4. Tramadol 50mg EV 12/12h		Afebril, eupneico
	5. Omeprazol 40mg EV 1x dia		
	6. Cefazolina 500mg EV 6/6h		
	7. Curativo		
	8. Clexane 40mg SC 1x dia		
	9. CC GG		

Dr. Guilherme Rodrigues de Silva
MÉDICO - CRM 3335

Dr. Guilherme Rodrigues de Silva
MÉDICO - CRM 3335

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fx Exposta de Ossos de Perna

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente	Evandro Marcelino	Alojamento	3	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04/10/15	1) Dieta livre 2) SG Soral EV 12/12h 3) Clindamycina 600 mg EV 6/6h 4) Dipirona 2ml EV 6/6h SIN 5) Tenoxicam 20mg EV 12/12h 6) Omeprazol 40mg EV 1x/dia 7) Curativo 8) SSVV + CCGG Olavans Young, SC, 1x/dia	12 18 24 06 12 24 06 12 24 06 12 18	Paciente estável, sem queixas Mantendo movimentos + ed: melhora clínica

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fx Espinha de osso de Pinna

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente	Evandro Menezes	Alojamento	3	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário						Evolução Médica
03/10/15	1) Dieta livre							Ortopedia
	2) SF 500 ml EV 12/12h							Paciente estável, sem queixas
	3) Clindamicina 600 mg EV 6/6h							
	4) Ampicilina 2 mg EV 6/6h S/N							
	5) Fisiotil 40 mg EV 12/12h							
	6) Omeprazol 40 mg EV 1x/dia							
	7) Curativo							
	8) SSVV + CCGG							

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

PACIENTE	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
Sandro Marcelino de Arruda DN 19/09/1995	Sala 03	SUS	40 anos	1242539

CIRURGIA: Ext: Exploração Trauma Cirurgia e Tórax

CIRURGIÃO: Dr: Raitan

ANESTESIA: Dr. Alberto

ANESTESISTA: Jaqui

INSTRUMENTADORA: Paulo

DATA: 01/10/2015

INÍCIO: 08:00

FIM: 09:00

MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.
Adrenalina amp.	03
Atropina amp.	30
Dexepan amp.	
Dimin amp.	
Dopamina amp.	
Efedrina ml	
Fenegam amp.	
Fentanil ml	
Hemo ml	
Retalir ml	
Morfina 5 ml	
Ketamin amp.	
Farmo amp.	
Efedrina	
Fenoxa ml	
Cloridrat ml	
Repifen amp.	
Tiopental ml	
Bicarbonato de Sódio 10%	

MEDICAÇÕES	Qtd.
Água Destilada amp.	
Decadron amp.	
Dipirona amp.	
Flixotid amp.	03
Fisiotonid amp.	01
Gentamicina amp.	
Glicose amp.	02
Gluconato de Cálcio amp.	
Hidrocelin	
Hepatrema ml	
Kanamycin amp.	
Lasix amp.	05
Metronidazol	02
Plasil amp.	02
Prolactina	01
Novalgin amp.	
Sustamicina	
Cefalotina 1g	02
Tenoxicam	02
Ondansetrona	01
Dexametasona	01

MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.
Agulha desc. 25 x 7	
Agulha desc. 25 x 25	
Agulha desc. 3 x 15	
Agulha gengivaque nº 25	01
Agulha de Enfermagem	01
Agulha Isolado ml	
Ataduras de Crepom	
Ataduras de Gessada	
Agulha gengivaque amp.	
Bonzac ml	

	Qtd.
Balão Cateter nº	
Cateter Óxido	
Cateter De Urina Sist. Fech.	
Compressa Grande	
Compressa Pequena	
Coloração	
Dreno	
Dreno Kerr nº	
Dreno Penrose nº	
Dreno Porter nº	
Equipo de Macrogotas	
Equipo de Microgotas	
Equipo de Sangue	
Equipo de PVC	
Esparadrapo Largo cm	
Furacin ml	
Gaze Pacote c/ 10 unidades	30
H2O ml	
Intracath Adulto	
Intracath Infantil	
Lâmina de Bisturi nº 23	
Lâmina de Bisturi nº 11	
Lâmina de Bisturi nº 15	
Luvas 7.0	
Luvas 7.5	
Luvas 8.0	
Luvas 8.5	
Oxigênio m	
Pomada	
PVPI Degermante 10 %	
PVPI Tópico m.	
Sabão Antisséptico	
Sacos de lixo	
Seringa desc. 10 ml	
Seringa desc. 20 ml	
Seringa desc. 05 ml	
Sonda	
Sonda Foley	
Sonda Nasogástrica	
Sonda Uretral nº	
Sonfrem ml	
Torneirinha	
Vaselina ml	
Gravata 18	
Lateks	
05 eletrodos	

FIOS	CÓDIGO
Catgut cromado Sertix	
Catgut cromado Sertix	
Catgut cromado Sertix	
Catgut Simples	
Catgut Simples Sertix	
Catgut Simples Sertix	
Catgut Simples Sertix	
Cera p/ osso	
Ethibond	
Ethibond	
Ethibond	
Fio de Algodão Sertix	
Fio de Algodão Sertix	
Fio de Algodão Suturpak	
Fio de Algodão Suturpak	
Fio cardíaco	
Monocryl 2-0	
Mononylon	
Prolene Sertix	
Prolene Sertix	
Prolene Sertix	
Prolene Sertix	
Vicryl Sertix	
Vicryl Sertix	
Vicryl Sertix	

SOROS	Qtd.
SG Normotérmico f. 500 ml	
SG Gelado f. 500 ml	
SG Hipertérmico f. 500 ml	
SG Hipotérmico f. 500 ml	
SG f. 500 ml	05
SF 0,9% 500 ml	02

ORTESE E PRÓTESE	Qtd.
[illegible]	
[illegible]	01

EQUIPAMENTOS

- (X) Oximetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- (X) Foco Cirúrgico
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- ( ) Eletrocauterio
- ( ) Oxicapnógrafo
- ( ) Cardiomonitor
- ( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL: Flávio

VOU 004

Bio Implantes

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento 4012

Hospital: Hc. Emergência e Trauma de Juazeiro Código:

Procedimento: Trat. Cir. Fix. de Fract. Exp. de Tíbia Cód. Procedimento:

Paciente: Evandro Marcelino de Paredes

Data da Cirurgia: 01/12/15 Nº prontuário: 1242.549 Convênio:

Cirurgião: Dr. Paulo Código: (X) Reposição ( ) Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
1	Fixador Externo Tíbia			
	Pino Ø 5,0 Haste 200mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

									Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº									
	Qtd.									
	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.								Idem	
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									

OBS.: O PREENCHIMENTO DO MONTAGEM É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: Total:

Cód. Instrumentador:

Anotações do Médico

Dr. Paulo Ricardo da Rocha
CRM: 3551-PE / 13310-PE
TEOT 12188

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Itério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
nhum Movimento = 0 vimenta 2 membros = 1 vimenta 4 membros = 2		
néia - 0 spiração Limitada, Dispnéia = 1 spiração profunda e tosse = 2		
+ ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
at 02 < 90 com oxigênio = 0 at 02 > 90 com oxigênio = 1 at 02 < 92% sem oxigênio = 2		
ão responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

Assinatura Anestesista

GOVERNO DA PARAÍBA

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

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Cuando Araújo | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax:____°C; P/FC:____ bpm; FR:____ irpm; PA:____ mmHg; HGT:____mg/dl

Peso:____ Kg; Altura:____cm; Dor ( )S ( )N Local:____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

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

GLASGOW:____ Drogas (Sedação/Analgesia):____

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

Mobilidade física: MMSS: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:____

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: ( )Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor à estimulação Tátil Local:____

Necessidade de Comunicação

(X)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro:____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Dislalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (X)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi___%___l/min ( )Traqueostomia

(X)Eupnéia ( )Taquipnéia ( )Bradipneia ( )Dispnéia ( )Outro____

Ausculta pulmonar: MV presente ( )D ( )E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios:( )Roncos ( )Sibilos ( )Creptos ( )Estridor ( )Outro:____

Tosse: ( )S (X)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S (X)N Quantidade e aspecto:____

Obstruções de vias aéreas: ( )S ( )N Permeabilidade das vias aéreas: ( )S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

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

Tempo de enchimento capilar: ( )≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (X)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (X)Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: (X)Periférica ( )Central ( )Dissecção Localização:____

Edema: (X)N ( )S ( )MMSS:____ ( )MMII____ ( )Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

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

Dentição: (X)Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (X)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros:____

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

RHA: (X)Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ( )Líquida (X)Normal ( )Constipado há____dias ( )Outros:____

Observações:

Eliminação urinária: (X)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )Sondas: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros:

[redacted]

Condição da pele: (✓)Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Esquimose ( )Manchas ( )Hematoma

( )Rash ( )Prurido ( )Descamativo ( )Lesões:

Coloração da pele: (✓)Normocorada ( )Hipocorada ( )Hipercorada ( )Ictérica ( )Cianótica

Condições das mucosas: (✓)Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservada ( )Diminuída

Manifestações de sede: ( )S (✓)N

Incisão cirúrgica: ( )S (✓)N Local/Aspecto:

Úlcera de pressão: ( )S (✓)N Estágio: Local: Descrição:

[redacted]

( )Independente ( )Dependente ( )Parcialmente dependente

Higiene Corporal: (✓)Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor

Higiene Bucal: (✓)Satisfatória ( )Insatisfatória

Necessidade de ajuda para auto-cuidado: ( )S ( )N

Limitação Física: (✓)Acamado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:

[redacted]

Preservado: (✓)S ( )N ( )Insônia ( )Dorme durante o dia ( )sono interrompido

Observações:

[redacted]

Sentimentos e Comportamentos: (✓)Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Aprensão

( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

[redacted]

Paciente passa bem, que mantida
hidratação venosa e antibiótico
segue cuidados de enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: HORA:

GOVERNO DA PARAÍBA

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

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Enfer: 3 | Leito: 3

Nome: Edamoro Marcelino

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax: 36,3 °C; PIFC: 78 bpm; FR: 20 ipm; PA: 110/70 mmHg; HGT: _____ mg/dl

Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm; Dor (X) S ( ) N Local: _____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

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

GLASGOW: _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D Fotorreagentes ( ) S ( ) N ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local: _____

MMII: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local: _____

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (X) Preservada ( ) Diminuída ( ) Ausente

Acuidade Auditiva: (X) Preservada ( ) Diminuída ( ) Ausente

Dor: (X) Expressão facial de dor ( ) Relato verbal de dor ( ) Dor a estimulação Tátil Local: _____

Necessidade de Comunicação

( ) Preservada ( ) Prejudicada ( ) Outro: _____

( ) Comunicação não-verbal ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria ( ) Distafia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cânula nasal ( ) Venturi ___ % ___ l/min ( ) Traqueostomia

(X) Eupnéia ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outro _____

Ausculta pulmonar: MV presente ( ) D ( ) E Diminuídos: ( ) D ( ) E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Crepitos ( ) Estridor ( ) Outro: _____

Tosse: ( ) S (X) N ( ) Improdutiva ( ) Produtiva

Expectoração: ( ) S ( ) N Quantidade e aspecto: _____

Queimaduras de vias aéreas: ( ) S ( ) N Permeabilidade das vias aéreas: ( ) S ( ) N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

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

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos ( ) >3 segundos Turgência Jugular ( ) S ( ) N

Drogas vasoativas: ( ) S ( ) N | Precordialgia: ( ) S ( ) N

Ausculta Cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arítmica ( ) Sopro ( ) Outro

Função Venosa: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção Localização: _____

Edema: (X) N ( ) S ( ) MMSS: _____ ( ) MMII _____ ( ) Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

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

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Uso de próteses

Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Pirose ( ) Náusea

( ) Vômito ( ) Outros: _____

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

RHA: ( ) Normoativos ( ) Hipoativos ( ) Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ( ) Líquida (X) Normal ( ) Constipado há _____ dias ( ) Outras: _____

Observações:

Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência

( ) Oligúria ( ) Concentrada ( ) Outros: _____

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

Condição da pele: (✓)Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Equimose ( )Manchas ( )Hematoma
( )Rash ( )Prurido ( )Descamativa ( )Lesões:
Coloração da pele: (✓)Normocorada ( )Hipocorada ( )Hipercorada ( )Ictérica ( )Cianótica
Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservado ( )Diminuída
Manifestações de sede: ( )S (✓)N
Incisão cirúrgica: ( )S (✓)N Local/Aspecto:
Úlcera de pressão: ( )S (✓)N Estágio: Local: Descrição:

Necessidade do cuidado corporal

( )Independente (✓)Dependente ( )Parcialmente dependente
Higiene Corporal: (✓)Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor
Higiene Bucal: (✓)Satisfatória ( )Insatisfatória
Necessidade de ajuda para auto-cuidado: ( )S ( )N
Limitação Física: ( )Acamado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:

Necessidade de sono e repouso

Preservado: (✓)S ( )N ( )Insônia ( )Dorme durante o dia ( )sono interrompido
Observações:

Necessidade de Segurança e Gregária

Sentimentos e Comportamentos: (✓)Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Apreensão
( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente Evolui com rouquidão
dieta oral
diurese (+) / dissuasiva
evacuações (+)
Acuso AVP MSE 12/10
Curativo em uso. Fx devido Acidente de trânsito.
Sono perturbado.
deambulação prejudicada.
queixas - dorsoma

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 14/10/15 HORA:

GOVERNO DA PARAÍBA

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

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Geovedro Marcelino de Miranda | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax:____ °C; P/FC:____ bpm; FR____ ipm; PA:____ mmHg. HGT:____ mg/dl

Peso:____ Kg; Altura:____ cm; Dor ( )S (✓)N Local:____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica:

Nível de consciência: (✓)Consciente ( )Orientado ( )Confuso ( )Letárgico ( )Torporoso ( )Desorientado

GLASGOW:____ Drogas (Sedação/Analgesia):____

Pupilas: (✓)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: (✓)Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: Fratura-HSD

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: ( )Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local:____

Necessidade de Comunicação

(✓)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro:____

(✓)Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Dislalia

Necessidade de Regulação Respiratório

Respiração: (✓)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi ____% ____l/min ( )Traqueostomia

( )Eupnéia ( )Taquipnéia ( )Bradipneia ( )Dispnéia ( )Outro____

Ausculta pulmonar: MV presente (✓)D (✓)E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios:( )Roncos ( )Sibilos ( )Crepitos ( )Estridor ( )Outro:____

Tosse: ( )S (✓)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S (✓)N Quantidade e aspecto:____

Oxigenação de vias aéreas: ( )S (✓)N Permeabilidade das vias aéreas: (✓)S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

Pulso: (✓)Regular ( )Irregular ( )Amplíplavo ( )Filiforme ( )Cheio

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

Tempo de enchimento capilar: (✓)≤3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (✓)N Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (✓)Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: (✓)Periférico ( )Central ( )Dissecção Localização: HSD

Edema: (✓)N ( )S ( )MMSS:____ ( )MMII:____ ( )Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

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

Dentição: (✓)Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (✓)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros:____

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

RHA: (✓)Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

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

Observações:

Eliminação urinária: (✓)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )SVD: Volume:____ ml de ____ horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros:____

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

ndição da pele: (X)Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Esquimose ( )Manchas ( )Hematoma
)Rash ( )Prurido ( )Descamativa ( )Lesões:
oloração da pele: (X)Normocorado ( )Hipocorado ( )Hipercorado ( )Ictérica ( )Cianótica
ondições das mucosas: (X)Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservado ( )Diminuído
anifestações de edema: ( )S ( )N
ssão cirúrgica ( )S ( )N Local/Aspecto:
ferida de pressão: ( )S (X)N Estágio: Local: Descrição:

Necessidade do cuidado corporal

)Independente (X)Dependente ( )Parcialmente dependente
giene Corporal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor
giene Bucal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória
ecessidade de ajuda para auto-cuidado: ( )S ( )N
mutação Física: (X)Acamado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:

Necessidade de sono e repouso

reservado: (X)S ( )N ( )Insônia ( )Dorme durante o dia ( )Sono interrompido
)bservações:

Necessidade de Segurança e Gregária

Sentimentos e Comportamentos: (X)Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Apreensão
( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente evoluiu bem, orientado, consciente, eupneico normocorado, aceita a dieta, diurese presente, queixa de evacuações líquidas (Diarréia). N.E.P.M. e segue cuidados de enfermagem.

Enfermeira
ENFERMEIRA
COREN - PB. 371973

ANGELUS
seguros
02 JUL. 2016

DATA: 03/10/15 HORA: 12:50

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Enfermeira
ENFERMEIRA
COREN - PB. 371973

FONTE: ROPPOINHÃO, R. C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre,2003

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160608954 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA **Data do acidente:** 01/10/2015 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da tíbia direita

Descrição do exame médico pericial: Ao exame apresenta cicatrizes cirúrgicas diversas em face medial da perna direita. Deambula com auxílio de muletas. Déficit no arco de movimentos do joelho direito e tornozelo direito em graus moderado e leve, respectivamente. Sem déficit neuro-vascular. Refere dor ocasional.

Resultados terapêuticos: Vítima de fratura exposta grave dos ossos da perna direita, após acidente de moto, em 01/10/2015. Submetido a tratamento cirúrgico ,em caráter de urgência, e realizada fixação externa da tíbia. Evoluiu com sofrimento de pele e infecção de partes moles, necessitando de duas limpezas cirúrgicas. Recebeu alta em 27/11/2015. Evoluiu com pseudartrose da tíbia e foi submetido a nova cirurgia após 7 meses. Não fez fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/10/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ricardo Amorim Guedes Filho

CRM do médico: 5628

UF do CRM do médico: PB

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

RUA MINISTRO JOSE AMERICO DE ALMEIDA Nº 41, SANTO ANTONIO, CAMPINA GRANDE-PB 58103-380
FONE (83)33223525

Nota Fiscal E[illegible]
0- ENTRADA
1- SAÍDA
Nº 000.00[illegible].176
SÉRIE 1
FOLHA 1[illegible]

1

CHAVE DE ACESSO
2509 1207 8731 8800 0121 5500 1000 0001 7692 9429 2571

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
325090004863168 09/12/2009 15:57:44

NATUREZA OPERAÇÃO: VEND.VEIC.NOV.D/E

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 161478948

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO:

CNPJ: 07.873.188/0001-21

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL: PAULO ROBERTO SILVA

CNPJ/CPF: 021.904.424-43

DATA DA EMISSÃO: 09/12/2009

ENDEREÇO: RUA: ANTONIO FIGUEIREDO AGRA 386

BAIRRO/DISTRITO: NOVO CRUZEIRO

CEP: 58100-[illegible]00

DATA DA SAÍDA/ENTRADA:

MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE

FONE/FAX: (83)87907954

UF: PB

INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO

HORA DE SAÍDA:

FATURA

[illegible]

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO O ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	4.000,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	[illegible]	0,00	4.000,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL:

FRETE POR CONTA: 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO: 9

CÓDIGO ANTT:

PLACA DO VEÍCULO:

UF:

CNPJ/CPF:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO:

UF:

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1				0,000	0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	V.UNITÁRIO	V.DESC.	V.TOTAL	B.C.ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
951BXKBB0AB003702	STAR Veiculo: NOVO Marca: TRAXX Tipo: MOTONETA Modelo: STAR Comb. : GASOLINA Ano Fab: 2009 Ano Mod.: 2010 Chassi : 951BXKBB0AB003702 Motor : JL1P39FMB10T003708 49cc 0 Hp Cor : PRETA Renavam: 19421 NF Origem : 1354 Especie: PASSAGEIROS	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	4.000,00	0,00	4.000,00	0,00	[illegible]	[illegible]	0,00	0,00

DOCUMENTO 6 *T6%*

ANGELUS seguros

02 JUL. 2016

07.873.188/0001-21
JC Comércio de Veículos Ltda.
Rua Ministro José Américo de Almeida, 411
SANTO ANTONIO - CEP 58103-380
CAMPINA GRANDE - PB

Inscrição no CCICMS
16.147.894-1
J. C. Comércio de Veículos Ltda
Rua José Américo de Almeida, 411 - Sto. Antônio
Campina Grande - PB CEP 58103-15
CNPJ 07.873.188/0001-21

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN
	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDIDO: VN-612 PRE-VENDA: 829 VENDEDOR: SAULO FORMA PGTO: CARTAO HIPERCARD PARCELADO

RESERVADO AO FISCO

Desenvolvido por SIG-SFS

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 09/12/2009 16:57

10 DEZ 2009
FECHINE SERVIÇO NOTARIAL 4º OFÍCIO
ANTONIO HAMILTON FECHINE DANTAS TABELIÃO
SARAH DA SILVA FECHINE TABELIÃ
R. Marquês do Herval, 46 Centro 58.100-020 Campina Grande - Paraíba - Telefax: 83 3321 3002
AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé.
Art. 365 - III do CPC)

DECLARAÇÃO

EU, Evandro Marcelino de Arruda, solteiro, brasileiro, lavrador PORTADOR DO RG: 2.110.362 E CPF: 026.126.324-25 DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE NA OCASIÃO DO ACIDENTE AUTOMOBILISTICO DO QUAL FUI VITIMA FUI SOCORRIDO AO HOSPITAL POR POPULARES.

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ

REQUERENTE: Evandro Marcelino de Arruda

_____

DOCUMENTO 3 *T3%*

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 883.835.789

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/11/2010

NOME
LUCIENE FERNANDES LEITE

FILIAÇÃO
LUIZ FERNANDES
JOSEFA CARLOS FERNANDES

DATA DE NASCIMENTO
21/09/1966

NATURALIDADE
CAMPINA GRANDE PB

DOC. ORIGEM CERT. DE CASAMENTO L-B 21 F-218 RG-11439
CAMPINA GRANDE PB-1 CARTORIO

CPF 789.217.324-20

3a. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Luciene Fernandes Leite
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTO 5 *T5%*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-234

Evandro Marcelino de Arruda
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.110.362 -2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 02/02/2016

NOME EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA

FILIAÇÃO JOSÉ MARCELINO DE ARRUDA
TEREZINHA VIANA DO NASCIMENTO

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO 19/09/1975

DOC ORIGEM NASC N 7660 FLS 121V LIV A-07
CARTORIO 1-CAMPINA GRANDE-PB

CPF

João Pessoa - PB

MARIA ALBERTINA DIRETOR

O +

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **026.126.324-25**

Nome da Pessoa Física: **EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA**

Data de Nascimento: **19/09/1975**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **04/11/1995**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:24:41** do dia **28/07/2016** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **DC45.0403.04CC.EFB7**
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

ANGELUS
seguros
02 JUL. 2016