

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028898

Vítima: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Data do Acidente: 16/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028898

Vítima: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Data do Acidente: 16/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0024543120	CPF da vítima: 112.069.904-57	Nome completo da vítima: Júlio Cesar Silva Silveira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 4/IS/2012			
Nome completo: <i>Júlio Cesar Silva Silveira</i>	Endereço: <i>Sítio Lajazenas</i>	CPF: 112.069.904-57	Número: 51/N Complemento:
Profissão: <i>Recreio</i>	Cidade: <i>Mananduba</i>	Estado: PB	CEP: 58120-000
Bairro: <i>Centro</i>			Tel.(DDD): (83) 98805-6654
E-mail:			

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: **1634** CONTA: **37229**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **1634** CONTA: **37229**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado.
 Local e Data: **Taíz/PB, 17/01/2020**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Júlio Cesar Silva Silveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:
0085720120

CPF da vítima:

112.069.904-57 Nome completo da vítima:

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

Nome completo:	Julio Cesar Silva Silveira	CPF:	112.069.904-57
Profissão:	Ricardo	Número:	51/N
Endereço:	Sítio Lajazenas	Complemento:	
Bairro:	Centro	Cidade:	Manoelândia
E-mail:		Estado:	PB
		CEP:	58120-000
		Tel.(DDD):	(83) 98805-6654

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: **1634**

CONTA: **37229**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **1634**

CONTA: **37229**

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Taí Pinay, 10/03/2020

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Julio Cesar Silva Silveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1296/2019, na mesma continha o seguinte teor: terça-feira, 10 de dezembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 10:40 horas, compareceu o Sr. Julio Cesar Silva Silveira, portador da cédula de identidade nº 3 956 191 Ssds/PB, CPF nº 112.069.904 - 57, brasileira, natural de Campina Grande - PB, solteiro, com 26 anos de idade, filho de Antonio Lopes da Silveira e de Maria Lúcia da Silva, encarregado de obra, residente à rua Sítio cajazeiras, bairro Santa Terezinha, identificado pelo CEP 58.120-000, Massaranduba - PB, o qual notificou que, No manhã do dia 16 de junho do ano de 2019, por volta das 08:50 horas aproximadamente, quando se conduzia na motocicleta Honda CG 160 START, ano e modelo 2018, placa QSD 1758 /PB, em uma das artérias na cidade de Campina Grande-PB e nas imediações do Posto de Gasolina existente na Vila Cabral, foi ultrapassado por um veículo de placas e Condutor não identificado, o qual de forma brusca, o trancou, consequentemente, ao livrar-se deste, sofreu uma queda, machucando-se gravemente, e assim, foi socorrido ao Hospital de Traumas, tendo submetido-se a procedimento cirúrgico, conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 10 de dezembro de 2019.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

Julio cesar Silva silveira



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1296/2019, na mesma continha o seguinte teor: terça-feira, 10 de dezembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 10:40 horas, compareceu o Sr. Julio Cesar Silva Silveira, portador da cédula de identidade nº 3 956 191 Ssds/PB, CPF nº 112.069.904 - 57, brasileira, natural de Campina Grande - PB, solteiro, com 26 anos de idade, filho de Antonio Lopes da Silveira e de Maria Lúcia da Silva, encarregado de obra, residente à rua Sítio cajazeiras, bairro Santa Terezinha, identificado pelo CEP 58.120-000, Massaranduba - PB, o qual notificou que, No manhã do dia 16 de junho do ano de 2019, por volta das 08:50 horas aproximadamente, quando se conduzia na motocicleta Honda CG 160 START, ano e modelo 2018, placa QSD 1758 /PB, em uma das artérias na cidade de Campina Grande-PB e ns imediações do Posto de Gasolina existente na Vila Cabral, foi ultrapassado por um veículo de placas e Condutor não identificado, o qual de forma brusca, o trancou, consequentemente, ao livrar-se deste, sofreu uma queda, machucando-se gravemente, e assim, foi socorrido ao Hospital de Traumas, tendo submetido-se a procedimento cirúrgico, conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 10 de dezembro de 2019.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

Julio cesar Silva silveira

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:
0085720120

CPF da vítima:

112.069.904-57

Nome completo da vítima:

Júlio Cesar Silva Silveira

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

Nome completo:

Júlio Cesar Silva Silveira

CPF:

112.069.904-57

Profissão:

Ricardo

Endereço:

Sítio Lajazenas

Número:

51/N

Bairro:

Centro

Cidade:

Manoelândia

Estado:

PB

CEP:

58120-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 98805-6654

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caja Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA:

1634

CONTA:

37229

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **1634**

CONTA: **37229**

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Caruaru, 10/03/2020

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Júlio Cesar Silva Silveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segundaria de conta.
Só temos para sempre pagamento da sua fatura da energia elétrica.

Nº 003.904.855



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 - KM 158 - Alça Sudeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

JULIO CESAR SILVA SILVEIRA
SIT CAJAZEIRAS S/N
MASSARANDUBA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/249183-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2019	06/06/2019	461	13/06/2019	R\$ 377,85

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02957.450006 00156.516171 8 79190000037785				
Pagador: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA CNPJ/CPF: 112.069.904-57				
SIT CAJAZEIRAS S/N - AREA RURAL - MASSARANDUBA / PB - CEP 00000-000				
Nossa-Número 29574500000156516	Nr Documento 000249183201906	Data Vencimento 13/06/2019	Valor do Documento R\$ 377,85	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via da conta.
Reservado para sempre pagamento da nota fiscalmente do energia elétrica.

Nº 003.004.655



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 158 - Aljezur - Campina Grande / PB - CEP 58123-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

JULIO CESAR SILVA SILVEIRA
SIT CAJAZEIRAS S/N
MASSARANDUBA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/249183-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2019	06/06/2019	461	13/06/2019	R\$ 377,85

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02957.450006 00156.516171 8 79190000037785				
Pagador: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA CNPJ/CPF: 112.069.904-57				
SIT CAJAZEIRAS S/N - AREA RURAL - MASSARANDUBA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 29574500000156516	Nr Documento 000249183201906	Data Vencimento 13/06/2019	Valor do Documento R\$ 377,85	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				





Panente nome de
chama se para de

ALERGIA: () Queda de urso

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotoreagentes () Isocáricas () Anisocáricas ()

Glasgow: 8 PA: 106 x 65
HGT: 87 SatO₂: 93 FC: 87 12:00h. Sdavamell.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

REALIZADO EM:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____

Dia: _____ / _____ / _____

Especialista: _____ / _____

Dia: _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Turmeo	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1921999 CLASS. DE RISCO: AMARELO

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

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/06/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Miquelly Vanessa Pontes

PACIENTE: JULIO CESAR SILVA CEP:58120000 Nascimento:30/11/1993

SILVEIRA

Endereço:SITIO CAJAZEIRAS

Sexo:M Telefone: 87652110

Cidade: Massaranduba

Idade:025 Bairro:ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

RG: Nº:0

Responsável:

CPF: Profissão:PINTOR

Estado Civil:Solteiro(a)

Data de Atend:16/06/2019 CNS:705504483479610

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 10:11:21

CONVÊNIO:SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LÓCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- 1. Abrasão
- 2. Amputação
- 3. Avulsão
- 4. Contusão
- 5. Crepitação
- 6. Dor
- 7. Edema
- 8. Empalhamento
- 9. Enfisema subcutâneo
- 10. Esmagamento
- 11. Equimose
- 12. F. Arma branca
- 13. F. Arma de fogo
- 14. F. Contuso
- 15. F. Cortante
- 16. F.Corto-contuso
- 17. F.Perfurado-contuso
- 18. F.Perfurado-cortante
- 19. Fratura óssea fechada
- 20. Fratura óssea aberta
- 21. Hematoma
- 22. Ingurgitamento Venoso
- 23. Lacerção
- 24. Lesão tendinosa
- 25. Luxação
- 26. Mordedura
- 27. Movimento torácico paradoxal
- 28. Objeto Encravado
- 29. Otorragia
- 30. Parafilia
- 31. Paresia
- 32. Parastesia
- 33. Queimadura
- 34. Rinorrágia
- 35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Refratário Tlho Direito

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
22/06/19	10:00	110/60	362	80	20	-	+	Paciente regular estável sem alterações no mo- mento de Pene- sado. Vaca Pequena	Antônio de Queiroz COREN - P6 100101-TE

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Júlio César Silva Silveira | Registro: Leito: 9 - 3 | Setor Atual: Bloco I.

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tex: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dor: (x) Local: M.I.M | Obs.: Talas

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES Fisiobiológicas

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comata Outro

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

Pupilas: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotoreceptores Míoticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local: (x) prejudicada M.I.M

Linguagem: Qual? Disfonia Afasia Disfásia Disartria.

Obs:

O. VENACAO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Tracheostomia Ayre/Tubo T
 VMNI VMI TOT n° Comissure labial n° FiO2 % PEEP cmH2O

Eupnéia; Taquipnéia Bradipnéia Dispnéia Outros:

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectorado: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular Irregular Impulsivo Fíliforme Cheio.

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRALMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 06.778.266/0038-52
Av. Mat. Floriano Peixoto, 4700 - Mairinque, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/06/2019
Data: 16/06/2019

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 16/06/2019 HORA : 10:13:54

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

EINWÄGTE

DIABETES (SIM X) NÃO HAS (SIM X) NÃO

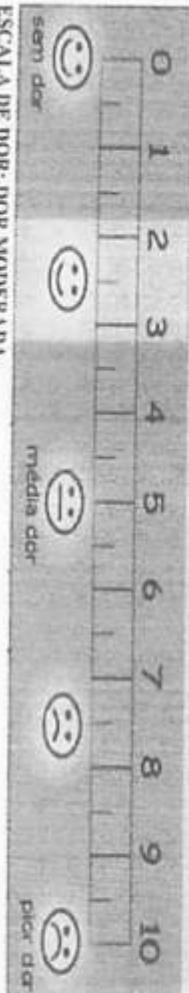
ALÉRGIAS: NEGA

MEDICAGAO EM USO:
ESTADO GERAL: RON
VANIGAS

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SISIOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VOMITO () DIARREIA () EXANTEMA
 () PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
 () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
 () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

HUG-Palma Administració

CONTROLE DOS SINAIS VITIAIS:



SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE

NOME DO PACIENTE: José Costa da Cunha IDADE _____

() PACIENTE INTERNADO ENFERMÁRIA: _____ LEITO: 03/04 DATA 20/01/1970

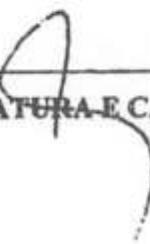
DIAGNÓSTICO:

Fratura de Tibia (7)

MATERIAL ESPECIAL:

Cama 45 + Placa DCP / 20 Almeida Antunes de Tibia

JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:


ASSINATURA E CARIMBO

PARECER DA DIREÇÃO TÉCNICA:

ASSINATURA E CARIMBO



PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA 30/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	12 23
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	17 18 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 24
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA. 12h/12h Diluir em 100 ML SF	12 24
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	22
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 30/06/2019 HORA: 11:00:11

PACIENTE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRILO, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, NEGA FEBRE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD:VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
 Wagner Luiz Egito De Araujo

29/06/19 10:00hs Paciente aguarda procedimento cirúrgico, segue:
P.A 140x80 (as) cuidados da enfermagem.
Peso: 78
R: 71

Deltinha

29/06/19

FC = 80
PA = 120x80
T = 36°C
Sat 94%

Medicado com 1 serm
queijo ass condado
de enfez

Maria Helena Gonçalves
Coron-PC 364-358 - TS

Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Clanose (<input type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) > 3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais?	Precordialgia (<input type="checkbox"/>)
Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arritmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: M.S.F. Data da punção: 27/06/19	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Ansearca. Observações: Tela m.10	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Enmagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso.	
Dentição: (<input type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastrostomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT; Hora: _____ Data: / /	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Abdômen: (<input type="checkbox"/>) Normotônico (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tensão (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
R.H.A: (<input type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há dias (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Intacta (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input type="checkbox"/>) Escoriações (<input type="checkbox"/>) Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Clanótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input type="checkbox"/>) Dependente (<input checked="" type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória.	
Limitação física: (<input type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input checked="" type="checkbox"/>) Outro: deambula- c/ajuda	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo:	
(<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipos: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
27/06/19 às 17:15 hs p/cte com dr. M.D., segue medicado C.P.M. Até a aud. d.5/da equipe. Karla R. L. Porto Queiroz	
Karla R. L. Porto Queiroz COREN-PB 166371-ENF	
Carimbo é Assinatura do Enfermeiro: <i>Karla R. L. Porto Queiroz</i> DATA: 27/06/19. HORA: 17:15 h	
FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coluna de dados por meio do grupo focal. Porto Alegre (2009).	

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 29/06/2019
Horas: 12:16:29
Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA PERNAS DIREITA

DIA 29/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 12h/12h	12/18/24/06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12/18/24/06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12/24/06
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18/06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	22/06
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	M N

EVOLUÇÃO

DATA: 29/06/2019 HORA: 12:16:21

PACIENTE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, NEGA FEBRE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD:VPM
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo
Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
DR. ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926



PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA: 28/06/2019**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	✓
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 6D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	(8) 16
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 24 06
5	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 4ML ABD.	12 24
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	20
9	FISIOTERAPIA MOTORA	✓
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	✓

EVOLUÇÃO

DATA: 28/06/2019 HORA: 10:01:46

PACIENTE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, NEGA FEBRE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

Q:VPM

GUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
 Data: 26/06/2019
 Horas: 11:13:14
 Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA 26/06/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 22
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 4D/7D (SUSQ) Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	12 22
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 24/06
	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 4ML ABD,	12 24
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 26
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	20
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Evolução

DATA: 26/06/2019 HORA: 11:13:08

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD:VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA
 Wagner Luiz Egito De Araujo
 DR. ALBERTO EGITO DE ARAUJO
 MR. ORTOPEDICO - TAVARELLO
 CRM - PB 00026



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/06/2019

Horas: 08:53:57

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica:ORTOPEDIA I Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA 25/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h	3x 24
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	3x 24 21 06
4	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 4ML ABD,	12 24
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, TAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	10 06
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	20
8	FISIOTERAPIA MOTORA	ciente
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	11

Evolução

DATA:25/06/2019 HORA:08:53:41

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD:VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo
M. MEDICO - ORTOPEDICO - TRAUMATOLOGIA
DR. ORTOPEDIA - SALVADOR
CRM - PB 8926



GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 24/06/2019
Horas: 10:33:21
Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PREScrição MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prentório: 1922077

Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Index 005 Page 4

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

Data de Nascimento: 10/11/1993

Downloaded from https://academic.oup.com/imrn/article/2018/23/7333/3081036 by guest on 16 July 2019

Clinica ORTOPEDIA | Enfermarias: 9 | Leitos: 3 | Diagnósticos: REPARAÇÃO OSSOS DA PERNAS INFERIORMENTE

DIA 24/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Edito Da Aranjo / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Araújo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h	12 24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 2D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 4ML ABD,	02 18 21 26
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, TAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 4h)	20
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:24/06/2019 HORA:10:33:12

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMNETE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD:VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 23/06/2019
Horas: 09:47:42
Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNAS DIREITA

DIA 23/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	xx 24
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	xx 18 24 96
4	HIDROCORTISONA SUCCINATO SÓDICO 500 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 4ML ABD.	xx 24
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	xx 24
	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 4h)	
	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	xx 96

EVOLUÇÃO

DATA: 23/06/2019 HORA: 09:46:52

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MHD: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD:VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo
Dr. Wagner Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB - 8926



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 22/06/2019
Horas: 12:05:18
Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA 22/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araújo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	✓
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	✓ 24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP. 12h/12h OD/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	58 06/07/2019
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	✓ 18 24/09
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	✓ 24
	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)	26
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	✓ 22

EVOLUÇÃO

DATA: 22/06/2019 HORA: 12:03:57

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +, APRESENTANDO LESÃO INFECTADA EM REGIÃO ANTERIOR DA Perna

CD:VPM

AGUARDA CIRURGIA

PRESCREVO CEFTRIAXONA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araújo





GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/06/2019

Horas: 10:48:52

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica:ORTOPÉDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA Perna DIREITA

PRESCRIÇÕES DO DIA :

Nenhuma prescrição registrada para esse paciente no dia de hoje. Você pode copiar as prescrições dos dias anteriores, ou se preferir, fazer uma nova preenchendo o formulário acima.

EVOLUÇÃO

DATA:21/06/2019 HORA:10:38:36

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMNETE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

CD-VPM

A ARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
CRM - PB
CRM - PB
CRM - PB



1922077

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 5 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA Perna DIREITA

8

DIA 16/06/2019**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Renna Gomes Da Silva /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	gle
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h	10:20
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	18:21:06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	19:06
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 24h/24h (ADM AS 14h)	19:06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	19:06

VOLUÇÃO

DATA: 16/06/2019 HORA: 12:58:40

ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA NA Perna DIREITA APOS MOTO CAIR SOBRE SUA Perna COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL.

HD: REFRATURA DA TIBIA DIREITA PERIMPLANTECD: SOLICITO PRE-OP
INTERNACAO HOSPITALAR

ASSINATURA + CARIMBO
Jose Renna Gomes Da Silva





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 89 Leito: 3 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA 20/06/2019**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	V
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h	XG 18/06/08
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	XG 18/06/08
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	XG 09
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 24h/24h (ADM AS 14h)	XG 09
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	XG

EVOLUÇÃO

DATA: 20/06/2019 HORA: 00:17:20

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

CD:VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida


 Hallisson Barros de Almeida
 ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
 CRM - PB 10123



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica:AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA Perna DIREITA

(8)

0/

DIA 19/06/2019**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SND
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	18/19
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	18/18 24/06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18/21
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)	14
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	14

VOLUÇÃO

DATA:19/06/2019 HORA:09:10:28

PCT EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DOR +/4+

DIURESE E EVACUAÇÕES PRTESENTES

CONDUTA:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO Hallisson Barros De Almeida
Hallisson Barros De Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

PA = 130 x 70

Pulso = 77

A6T = 115-

Hem	DIETA LIVRE	Prescrita	Apresentado
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12/12h	DIPRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h
3	4	5	Recomendação 2ML ABD.
4	6	7	OMEPRAZOL 20 MG VO. 24h/24h (ADM AS 14h)
5	8	9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/4 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)

MEDICO(A): Wagner Luis Egílio De Araújo /
Data: 21/06/2019

CRM: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Letra: 3 Diagnóstico: REFLATURA OSSOS DA PERNAS DIREITA

Nome da Mão: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Sexo: M

Nº do protocolo: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SHVIERA Idade: 025

DADOS DO PACIENTE :



GOVERNO DA PARAÍBA

Médico (a) Diártina : Wagner Luis Egílio De Araújo
Data: 21/06/2019 Hora: 10:49:16



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 18/06/2019
Horas: 01:30:12
Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: REFRACTURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA 18/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	5/10 24
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 24
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)	14
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	20

OLUÇÃO

DATA: 18/06/2019 HORA: 01:29:21

ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA NA Perna DIREITA APOS MOTO CAIR SOBRE SUA Perna COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL

HD: REFRACTURA DA TIBIA DIREITA PERIMPLANTE

BEG, ESTÁVEL..

NV: OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

LIC. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 6643
ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo Falcao



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA PERNAS DIREITA

OK
OF

8

DIA 17/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcão /

Item	Prescrição	Apazramento
1	DIETA LIVRE	10 20
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V. (2h/12h)	13 18 06 16
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML P.V. 6h/6h	13 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	13 06
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)	20 04
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	20 04

VOLUÇÃO

DATA: 17/06/2019 HORA: 06:48:45

ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA NA PERNAS DIREITA APOS MOTO CAIR SOBRE SUA PERNAS COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL.

HD: REFRAUTURA DA TIBIA DIREITA PERIMPLANTE

BEG, ESTÁVEL..

NV: OK

CD: SOLICITO PRE-OP

ASSINATURA - Dr. Wagner Falcão
 Wagner De Melo Falcão CRM-MG 8643

Prenatal
853632

Admissione
2360756

Responsible
AMBULATÓRIO

Data 01/07/2019 hora 09:34
Endereço
CEP: 50000-000
Bairro: CENTRO
Cidade: MARINGÁ
UF: PR
DDD: 41

Paciente
ALICE CESAR SILVA DA SILVEIRA
Endereço
CEP: 85000-000
Bairro: CENTRO
Cidade: MARINGÁ
UF: PR
DDD: 41

Resid. Cnv
M
Nasc. Descrição
SOA
CID: 000
MAIS FAVORECIDA

Endereço
CEP: 85000-000
Bairro: CENTRO
Cidade: MARINGÁ
UF: PR
DDD: 41

Responsável
ALICE CESAR SILVA DA SILVEIRA
Bairro:
20000 PLRAS

Entrega
DT: 01/07/2019
Cidade:
MARINGÁ

Médico Atendente
23607 ALICE CESAR SILVA DA SILVEIRA CRM 1022204
Procedimento

Médico Atendente
23607 ALICE CESAR SILVA DA SILVEIRA CRM 1022204
cm Data

Selar
2000 SECRETARIA
Assinatura
POSTO - ESTAMPA: 1 2019
Data mês, ano e dia - Dia mês, ano e dia - 01/07/2019

Documento
nº 006

Dirigem

Resumo de Tratamento

Acompanhante: <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Data admissão: 01/07/2019	Data alta: 02/07/2019
Interração anterior: <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Horas admissao:	Horas alta:
Alm...: Curado <input type="checkbox"/>	Motivado <input checked="" type="checkbox"/>	Inabilitado <input type="checkbox"/>	Cirurgia: Médica <input type="checkbox"/>	Cirurgia: <input type="checkbox"/>
Protetor <input type="checkbox"/>	Apagado <input type="checkbox"/>	Indispõivel <input type="checkbox"/>	Cosmetica <input type="checkbox"/>	Cosmetica <input type="checkbox"/>
Transferido <input type="checkbox"/>	Falecimento <input type="checkbox"/>	Evesão <input type="checkbox"/>		

Diagnósticos:

0408050543 S 82,31

Internado: ..

26.5.9.9

Definitivo: ..

Historico:

ORTÉSE PROTESE

Alt: -1

Perm: -2

Transf: -3

Obito: -4

Riso X

() Sintet

() CComiss

UV

Entrada: / / /

Saida: / / /

Cartão e Assinatura do Médico

Motivo:

Caract. Trat: / / /

U: Sangue: /

Rh: /

/ / IA / IB / IC / 10 / IE / SF / IG

01.07.19

01.07.19

01.07.19

RX D: CONTROLE

REALIZADA EM 10/07/2019

CRV 629197

MANHA

Paciente admitido p/ procedimento
cirúrgico. seu queixas no encanto.

TARDE

Paciente encontra-se estabil, consciente,
orientado, afivel, eupneico; em vínculo
direto zero; aguarda cirurgia;
realizado cuidados contínuos
dar enfermagem.

Obs: Realizado raxo de controle.

NOITE

Paciente estavel, consciente,
orientado, em P.O.I de tornozelo
rege em diete 3x0 ate prop
efecto anestesico bem (nencorar
cor no momento QOP ou adeq/OP
do enfermeiro).

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

EXAME DE SANGUE - NOVAMENTE

ESTADO DE SANTA CATARINA - SANTA CATARINA

TRÍCAGO - TRICAGO - TRICAGO

TRÍCAGO - TRICAGO - TRICAGO

ANESTESIA

EXTRACRANIANA

EXTRACRANIANA

EXTRACRANIANA

EXTRACRANIANA

EXTRACRANIANA

EXTRACRANIANA

EXTRACRANIANA

EXTRACRANIANA

EXTRACRANIANA

ANTONIO TARGINO

NET

HAT

HOSPITAL
ANTONIO TARGALIN

Evolução de Enfermagem

Nome paciente: Corrêa, Silviano Silveira

Data: 05

Altura: 170cm Peso: 70kg

Data: 02/03/17

MANHÃ

Pacientes sentem-se bem e com conforto.
mobilidade melhora e pode receber visita.
Hospital realiza curativos e
lava bucal.



TARDE

NOITE

DIAGNÓSTICO:

NAME: Guilherme BrásioNOME: Guilherme BrásioLEITO: 112ECARDIO: 55DATA: 05/07/19

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

01/07/19Quin-hexptsChloroform 100008 06Cefotípox 1 gr 06/0606 06/06Dexam 100/606 06/06ptx06Vitamina B1 1/406Q. duas1

EVOLUÇÃO MÉDICA

Humid. nasal farto c/ s
faringe, infundibulo poros
garganta turvada



02/07/19 SEMA S



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME:					
IDADE:	SEXO:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ /
SETOR:	LEITO:				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESença DE ESCARA:	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
	OUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	SI/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIPLÉGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. RONENTEALINAL: (DIETA)	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

RISCO DE QUEDA	CD/FR:
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:
RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
NÁUSEA	CD/FR:
DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:
	CD/FR:
	CD/FR:
	CD/FR:

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA

FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		
REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 03ML OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.		
MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		
ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.		
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE		

<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) > 3 segundos.					<input type="checkbox"/> Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais?					Precordialgia (<input type="checkbox"/>)
Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arrítmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo					
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: MST Data da punção 29/06/19					
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações:					
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)					
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso.					
Dentição: (<input type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.					
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastronomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT; Hora: Data: / /					
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros:					
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tensão (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:					
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normoátivos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados					
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há dias (<input type="checkbox"/>) Outros:					
Eliminação urinária: (<input type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito ml/h;					
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: Observações:					
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA					
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input type="checkbox"/>) Escoriações (<input type="checkbox"/>) Outro:					
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocolorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado					
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)					
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: Curativo em: / /					
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /					
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /					
CUIDADO CORPORAL					
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input type="checkbox"/>) Dependente (<input checked="" type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:					
Higiene corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória.					
Limitação física: (<input type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro:					
SONO É REPOUSO					
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono interrompido. Observações:					
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL					
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo:					
(<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiar/area/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:					
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE					
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:					
INTERCORRÊNCIAS					
Carimbo Assinatura do Enfermeiro: DATA: 29/06/19 HORA: 10:42					
FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).					

Jamela S. OILZ Gondim
ENFERMEIRA
CRF-RS 006 860
COLEGIO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Name: *Mullu Almeida* | Registre: *43* | Setor Atual: *QTO*
 Spansis Vitals: Tax: *C; P:* bpm: *FR:* bpm: PA: mmHg: FC: bpm: SPO₂: %
 HGT: mg/dl: Peso: kg: Altura: cm Dors: () Local: Obs:.

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

Nível de consciência: Consciente / Orientado () Confuso () Letargico () Tópico () Comatoso () Outr
 Regulágao Neurológica

Pupilas: Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotoreagentes () Midílicas () Midriáticas
 Laringogramm: () Qual? () Disfonia () Afesia () Disfasia () Disartria.
 DBs:
 Respiração: () Espontânea () Catáler Nasal () Venturi % l/min () Traguedostomia () Ayre/Tubo T
 () VMI () VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O
 () Eupneia: () Taquipneia () Bradipneia () Dispnéia () Outros:
 Ausculta pulmonar: Murmuco vesicular presente: () Diminuidos () D () E
 Ruídos adventiciais: () Roncos () Sibilos () Estidor () Outros:
 Fossa: () Produtiva () Expectorativa () Quantidade e Aspecto:
 Aspergão: Quantidade e Aspecto: Drano de torax: () D () E () Selo d'água:
 Gasometria arterial: / / Aspecto da drenagem toracica:
 Dala da imergão do dreno / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS
 Alteração: () Visão () Auditivo () Tato () Olfato () Paladar Observação:
 Segregação: SERGREGAÇÃO FÍSICA
 Tranquillo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:
 REGULAGAO CARDIOVASCULAR
 Pulso: Regular () Irregular () Impulsivo () Flifforme () Cheio.

<input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	<input type="checkbox"/>
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	Precordialgia ()
Drogas vasoativas: () Quais?	
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transtório () Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: M _{SE}	Data da punção 22/06/19
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: N	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (+) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (+) VO () SNG () SNE () Gastroenterologia () Jejunostomia () NPT; Hora:	Data: ___/___/___
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: (X) Preservado
Condições das mucosas: (+) Úmidas () Secas	Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Curativo em: ___/___/___
Drano: () Tipo/Aspecto:	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:
ASSESSORIA ÀS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (+) Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
3- NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo:	() Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo & Assinatura do Enfermeiro:	
FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).	

Carimbo & Assinatura do Enfermeiro:
Flávia de Q. Guimarães
CR 150.463-ENF

DATA: 25/06/19 HORA: 11:00 h



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

Nome: Julio Inazio

Registrô:

Leito: 0903

Setor Atual: UTI

EVALUAÇÃO 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:

EVALUAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOEPILOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outr
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.		
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()		
Drogas vasoativas: () Quais? _____	Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo		
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSE</u>	Data da punção <u>25/06/19</u>	
Edema: () MMSS () MMIII () Face () Anasarca. Observações:		
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)		
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.		
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.		
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gástronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____	Data: _____ / _____ / _____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:		
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:		
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados		
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:		
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito _____ ml/h;		
Aspecto: () Outros: _____ Observações:		
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA		
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:		
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado		
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().		
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Curativo em: _____ / _____ / _____	
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito:	Retirado em: _____ / _____ / _____
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local:	Descrição:
CUIDADO CORPORAL		
Cuidado corporal: () Independente () Dependente (<input checked="" type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:		
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.		
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:		
SONO E REPOUSO		
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:		
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS		
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL		
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:		
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:		
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS		
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE		
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:		
INTERCORRÊNCIAS		
Carimbo é Assinatura do Enfermeiro: Gilvane S. Raposo ENFERMEIRA CRM-RS 109.580		
DATA: <u>26/06/19</u>		HORA: <u>10:30 h</u>

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Júlio Cesar* | Registro: | Leito: 4-3 | Setor Atual: OTTO I

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: T_{ax}: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO₂: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES Fisiológicas

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotoreagentes Mioticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Paresteia Local:

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

Obs:

O RÉGULAMENTO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
 VMMH VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH₂O

Eupnéia Taquipnéia Bradipnéia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuído D E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectorado: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cholo.



SECRETARIA DE SAÚDE DOS ESTADOS
DA SERRA DA MATA

HOSPITAL DE ENFERMOS E VELHOS DE CRISTALINA

NOME:

Julio Cesar M/er -

DATA DE NASCIMENTO:

19/01/1980

IDADE:	SEXO:	CNPJ:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ESPEC:	TIPO:
							06

DADOS CLÍNICOS:

DATA DA EXAMINAR:

06/01/2010

USO SOLICITADO:

Re Nove 00 Am pp

URGÊNCIA:	ROTEIRO:
DATA: 16/06/13	HORA DA SOLICITAÇÃO: 10:00

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:

Ronaldo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 27/06/2019
Horas: 12:15:25
Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK OK

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA 27/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	3/6 2/4
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP. 12h/12h 5D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF (SUSP)	1/8 0/6
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	3/6 1/8 2/4 0/6
5	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. IFRA AMP. 12h/12h Reconstituir 4ML ABD.	3/4 2/4
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	3/6 2/4
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	1/8 0/6
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	2/4
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ciente

EVOLUÇÃO

DATA: 27/06/2019 HORA: 12:15:16

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD:VPM
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Jr. Wagner Luiz Egito de Araujo
DR ORTOPEDIA - 23 "ORTOLOGIA"
CPGK - P.O. 6.626

19
96
20

2000x1200 File: 2000x1200
CORON-PB 84261-TE
Computer Generated Scores

1. IDENTIFICACION		EVOLUCION DE ENFERMAGEN	
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			
2. AVALLACAO DA REGISTRAÇÃO			
Nome: <i>Maria S. L. da Silva</i>		Registro: <i>3</i>	Sector Atual: <i>Quarto</i>
2.1. AVALLACAO GERAL			
Sinais vitais: Tax: <i>0C; P: bpm; FR: bpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %</i>	HT: <i>mg/dl; Peso: kg; Altura: cm</i>	Dor: <i>() Local:</i>	Obs.: <i></i>
REGULACAO NEUROLOGICA			
Nivel de consciencia: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado () Confuso () Letargico () Torporoso () Comatoso () Outro			
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedativo/Analgésica):			
Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Isocircicas () Anisocircicas () D>E () E>D () Fotomagnetos () Micticas () Midriaticas			
Motilidade Facial: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Parafacial () Parestesia Local:			
Lingüagem: <input checked="" type="checkbox"/> Clara? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.			
OBS:			
2.2. ENCAO			
(VMINI () VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O			
() Espontanea () Cateter Nasal () Venitut % Imin () Tracheostomia () Ayre/Tubo T			
Respiratorio: Ausculta pulmonar: Múmuita vesicular presente: () Difuminida () D () E			
() Eupneia: () Taquipneia () Bradipneia () Dispnéia () Outros:			
Ruidos adventicia: () Roncos () Sibilos () Estidor () Outros:			
Tosse: () Impulsiva () Produtiva Especie de tosse: () Quantidade e especie:			
Aspiração: Gástrica e especie: Drenos / / Aspecto da drenagem torácica:			
Gassometria arterial: PH PCO ₂ HCO ₃ BE SPO ₂ Data: / / Hora:			
PERCPECAO DOS ORGAOS DOS SENTIDOS			
Alteração: () Visão () Auditivo () Tato () Olfato () Paladar Observação:			
SEGURANCA FISICA			
() Tranquilo () Agitado () Risco de queda. Observação:			
REGULACAO CARDIOVASCULAR			
Pulse: () Regular () irregular () Impalpável () Flifforme () Cholo.			



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) N°:1921999 CLASS. DE RISCO: AMARELO

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

Av. Mat. Floriano Peixoto, 4700 - Malhadas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 16/06/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Acreidente : Miquelly Vanessa Pumes

PACIENTE: JULIO CESAR SILVA CEP:58126000

Nascimento:30/11/1993

SILVEIRA

Enderço/SITIO CAJAZEIRAS

Sexo:M Telefone: 87652110

Cidade: Mavaraunduba

Endereço:025

Bairro: ZONA RURAL

RG:

Nº:0

Profissão:PINTOR

CPF:

Estado Civil:Sóteiro(a)

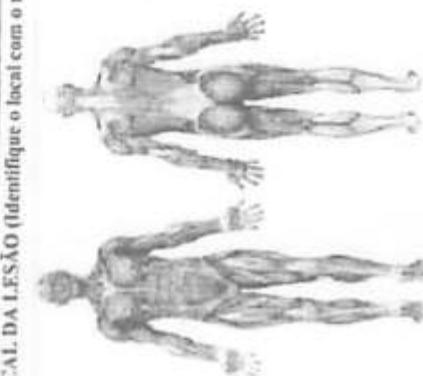
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 10:11:21

CONVÉNIO:SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LÓCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Anulção
4. Contusão
5. Crestação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Estmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F.Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Oterragia
20. Fratura aberta
21. Hematoma
22. Impurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paroxístico
28. Objeto Entraçado
29. Otorragia

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratório

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia

() Radiografia

() Endoscopia

Realizado

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratório

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia

() Radiografia

Realizado

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____

Dia _____ / _____

Especialista: _____ / _____

Dia _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

Refrahce Thbs Divirt

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ %

DIGNOSTICO / CID:

J

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
22-06-19	10:00	110/60	36°	80	20	-	+	Paciente segue estável sem alterações no mo- mento de Pneu- mado Vela Pequena	Marielle de Querroz COREH - PB 4003107-TE

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Júlio César Silva Siqueira | Registro: Leito: 9 - 3 | Setor Atual: Introp 1.

2. AVALIAÇÃO GERAL

Binários vitais: TAx: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: (x) Local: M15 | Obs.: Tala

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES Fisiológicas

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): | Drogas (Sedação/Analgésica):

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: (x) Preservada () Paralisia () Plegia () Paraparesia Local: (x) prepudíaca M15

Linguagem: (), Qual? () Disfonia () Afasia () Disfácia () Disartria.

Obs:

OSSIMAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea () Caletar Nasal () Venturi % l/min () Tracheostomia () Ayre/Tubo T

() VMI () VMI TOT n° Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(x) Eupnêa; () Taquipnêa () Bradipnêa () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0018-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Maitinga, Campina Grande - PB CEP: 58432-809
Data: 16/06/2019

Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 N° ATEND: 1921999

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO
DATA: 16/06/2019 HORA: 10:13:54

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X MOTO

SINAIS VITais
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DIEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALLERGIAS: NEGA

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL: BOM

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO

() DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÓMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



CLASIFICACAO DE RISCO:
AMARELO



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NAME: <i>Julio Cesar Silva</i>	IDADE: <i>25</i>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: / /		AS <i>10 00 h</i>
SETOR: <i>Coronado</i>	LEITO: <i>8</i>			<i>17 06 19</i>	
DIAGNÓSTICO MEDICO: <i>xx</i>					
ALERGIAS:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTINUA:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:		
PRESença DE ESCARA:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLOGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>		BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>		SVD <input type="checkbox"/>
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>		S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>		RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>
SIST. GAS. RONENTAL (DIETA)	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>		CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
RISCO DE QUEDA	CD/FR: <i>IX PONTO de marca</i>				
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>P no col. urinário</i>				
RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:			
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
NÁUSEA	CD/FR:				
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:			
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
	CD/FR:				
	CD/FR:				
<i>Eliete da Silva</i> ENFERMEIRA <i>6001104-189365</i>	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO		ASSINATURA
MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	<i>D&D</i>		<i>100</i>		<i>JF</i>
REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
INSTALAR CATETER DE 02 A 04 mL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).					
ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<i>cont...</i>		<i>11</i>		<i>JF</i>
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÁS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.					



SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE

NOME DO PACIENTE: José Costa da Silveira **IDADE:** 70

() PACIENTE INTERNADO ENFERMÁRIA: sim **LEITO:** 03 **DATA:** 20/05/2014

DIAGNÓSTICO:

Fratura de tibia (2)

MATERIAL ESPECIAL:

Cama 4.5 + Placa DCP / 20 Hake anteromedial de TIBA

JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

ASSINATURA E CARIMBO

PARECER DA DIREÇÃO TÉCNICA:

ASSINATURA E CARIMBO



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 30/06/2019
Horas: 11:00:44
Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRACTURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA 30/06/2019**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 24
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	17 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 12h/12h Diluir em 100 ML SF	12 24
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	22
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Evolução

DATA: 30/06/2019 HORA: 11:00:11

PACIENTE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, NEGA FEBRE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD:VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

28/06/19 Joáco RS Paciente aguarda procedimento cirúrgico, setor
P.A 140x80 (os exames da enfermagem.
SPO₂: 98 Déserto
R: 71

29/06/19

FE: 80
PA = 120x80
T = 36°C
Sat 94%

Medicado com dem
quixit 400 mg cada 8h
de enfermagem

Maria Flávia Góes Calves
Coren-PB 364.355 - TE

Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Cianose (<input type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) > 3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____ Precordalgia (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arritmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: <u>MSE</u> Data da punção <u>27/06/2009</u>	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações: <u>Tela m. f.</u>	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso.	
Definição: (<input type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastrostomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT; Hora: _____ Data: _____ / _____ / _____	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Distensão (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Prostase (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Abdômen: (<input type="checkbox"/>) Normotônico (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
RHA: (<input type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há _____ dias (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: _____ Observações: _____	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input type="checkbox"/>) Escoriações (<input type="checkbox"/>) Outro:	
Coloração da pele: (<input type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: _____ Curativo em: _____ / _____ / _____	
Draino: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: _____ / _____ / _____	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: _____ / _____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input type="checkbox"/>) Dependente (<input checked="" type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória.	
Limitação física: (<input type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input checked="" type="checkbox"/>) Outro: <u>deambulação - Cadeira</u>	
SONO E REPOUSO	
(<input type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono interrompido. Observações: _____	
4 - AVAIIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSESPÍRITUAS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo: (<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/vizinhos (<input type="checkbox"/>) Outros: _____	
5 - NECESSIDADES PSICOSESPÍRITUAS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações: _____	
INTERCORRÊNCIAS	
27/06/2009 às 17:15 hs paciente com dor M/D, segue medicado C.P.M. Não sente dor naquele momento. Kamila R. L. Porto Queiroz COREN-PB 166371-ENF	
Carimbo é Assinatura do Enfermeiro: <i>Kamila R. L. Porto Queiroz</i> DATA: <u>27/06/09</u> HORA: <u>17:15</u> h	
Kamila R. L. Porto Queiroz COREN-PB 166371-ENF	
FONTE: BORDINHÃO, R.C: Coleta de dados por meio da grupo focal. Porto Alegre (2009).	



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 29/06/2019
Horas: 12:16:29
Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA PERNAS DIREITA

DIA 29/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 12h/12h	12/18/24/0x
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12/18/24/0x
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12/24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA. 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18/0x
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	22
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	M N

EVOLUÇÃO

DATA:29/06/2019 HORA:12:16:21

PACIENTE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, NEGA FEBRE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD:VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926



PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA 28/06/2019**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	✓
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h	✓ ✓
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 6D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	(8) (6)
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	✓ ✓ ✓ ✓
5	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 4ML ABD.	✓ ✓
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	✓ ✓
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	✓ ✓
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	✓ ✓
9	FISIOTERAPIA MOTORA	✓
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	✓

EVOLUÇÃO

DATA: 28/06/2019 HORA: 10:01:46

PACIENTE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, NEGA FEBRE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

D:VPM

GUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA PERNAS DIREITA

DIA 26/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	18 22
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 4D/7D (500)	
	Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	18 20
	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. IFRA AMP, 12h/12h	18 24
	Reconstituir 4ML ABD,	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h	18 24
	Reconstituir 2ML ABD,	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h	18 26
	Diluir em 100 ML SF	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	20
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 26/06/2019 HORA: 11:13:08

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD:VPM
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA
Wagner Luiz Egito De Araujo
Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDICO / TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 00025



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA 25/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h	18 24
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	18 24 06
4	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 4ML ABD.	12 24
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	20
8	FISIOTERAPIA MOTORA	LUNA
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	11

EVOLUÇÃO

DATA: 25/06/2019 HORA: 08:53:41

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD:VPM
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo
M.D. - ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGO
CRM - PB 8926

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
 Data: 24/06/2019
 Horas: 10:33:21
 Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRACTURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA 24/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	12 24
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h	12 24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 2D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 4ML ABD.	12 18 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, TAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	20
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Evolução

DATA: 24/06/2019 HORA: 10:33:12

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/06/2019

Horas: 10:48:52

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica:ORTOPEDIA I Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA Perna DIREITA

PRESCRIÇÕES DO DIA :

Nenhuma prescrição registrada para esse paciente no dia de hoje. Você pode copiar as prescrições dos dias anteriores, ou se preferir, fazer uma nova preenchendo o formulário acima.

EVOLUÇÃO

DATA:21/06/2019 HORA:10:38:36

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMNETE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

CD:VPM

A ARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
CRM - PB
CRM - PB



GOVERNO DA PARAÍBA

pt

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 23/06/2019

Horas: 09:47:42

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica:ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA PERNAS DIREITA

DIA 23/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	xx 24
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	xx 24 21/06
4	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 4ML ABD.	xx 24
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	xx 24
	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 4h)	xx 24
	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 4h)	xx 24

EVOLUÇÃO

DATA:23/06/2019 HORA:09:46:52

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD:VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo
Dr. Wagner Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - RUA 740
CRM - PB 8926



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 22/06/2019
Horas: 12:05:18
Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA 22/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	✓
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	✓ 24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP. 12h/12h 0D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	.88 ✓ 24/06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	✓ ✓ 24/06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)	✓ 24
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	✓ 24

EVOLUÇÃO

DATA: 22/06/2019 HORA: 12:03:57

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +, APRESENTANDO LESÃO INFECTADA EM REGIÃO ANTERIOR DA Perna

CD:VPM

AGUARDA CIRURGIA

PRESCREVO CEFTRIAXONA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo





GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 19/06/2019
Horas: 09:10:41
Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica:AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA PERNAS DIREITA

(8)

OY

DIA 19/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SND
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h	H2 21
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	H2 18 21/00
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	H2 21
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 24h/24h (ADM AS 14h)	H1
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	-/F

VOLUÇÃO

DATA:19/06/2019 HORA:09:10:28

PCT EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DOR +/4+

DIURESE E EVACUAÇÕES PRTESENTES

CONDUTA:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros De Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

PA = 130 x 70

Pulso = 77

HT = 115-



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica:AMARELA Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA 20/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	V
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h	HC 18/06/09
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	HC 18/06/09
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12/06/09
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 24h/24h (ADM AS 14h)	12/06/09
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	14/06/09

COLUÇÃO

DATA:20/06/2019 HORA:00:17:20

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMNETE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

CD:VPM
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
 ORTOPEDISTA CLÍNICO
 CRM - PB 0012



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 5 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA 16/06/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Renna Gomes Da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	je
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h	✓ 20
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	18-24-06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	✓ 06
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 24h/24h (ADM AS 14h)	✓
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	36

VOLUÇÃO

DATA: 16/06/2019 HORA: 12:58:40

ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA NA Perna DIREITRA APOS MOTO CAIR SOBRE SUA Perna COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL.

HD: REFRAUTURA DA TIBIA DIREITA PERIMPLANTE
**CD: SOLICITO PRE-OP
INTERNACAO HOSPITALAR**

 ASSINATURA + CARIMBO
 Jose Renna Gomes Da Silva



Data: 21/06/2019
Horas: 10:49:16
Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA 21/06/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	12 24
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 18 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 24
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)	06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	22



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

8 -

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica:AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: REFRACTURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA 18/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	5/20
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 24
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 24 24
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)	14
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	20

SOLUÇÃO

DATA:18/06/2019 HORA:01:29:21

ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA NA Perna DIREITA APOS MOTO CAIR SOBRE SUA Perna COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL

HD: REFRACTURA DA TIBIA DIREITA PERIMPLANTE

BEG, ESTÁVEL..

NV: OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643
ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo Falcao



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SIlveira Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: REFRAUTURA OSSOS DA Perna DIREITA

OK
OK

8

DIA 17/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	20/20
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	18/06/2019
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML P.V. 6h/6h	19/06/2019
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	00/00
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)	00/00
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	00/00

VOLUÇÃO

DATA: 17/06/2019 HORA: 06:48:45

ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA NA Perna DIREITA APOS MOTO CAIR SOBRE SUA Perna COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL

HD: REFRAUTURA DA TIBIA DIREITA PERIMPLANTE

BEG, ESTÁVEL.,

NV: OK

CD: SOLICITO PRE-OP


 ASSINATURA: Wagner De Melo Falcão
 Wagner De Melo Falcão CRM-PR 8643
 CRM-PR 8643

Prontuário 953531	Atendimento 2360756	Reserva/Guia AMBULATORIO
Data 01/07/2019 Hora 09:34		
Paciente JULIO CESAR SILVA SILVEIRA CPF: 11200000487 Endereço CAJAZEIRAS Bairro ZONA RURAL Nome da Mãe MARIA LUCIA DA SILVA Responsável JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Bairro ZONA RURAL		
Sexo Est. Civil M Dl Nasc. 30/11/1993 Teléfono R.G. 333891314 Num. Complemento SN Cidade MASSARANDUBA		
Profissão UF PB <i>Dr. Marjuce</i> <i>Dr. Julio Cesar</i> <i>Dr. Luciano Holanda</i> <i>Enfermeira</i> <i>Telefones</i> <i>333891314</i>		
Endereço SITMO Cidade CAMPINA GRANDE		
Médico Atendente 2305 RALTON MARINHO DA COSTA (CRM: 3685) [CPF: 49923982434] Médico Acompanhante 2309 RALTON MARINHO DA COSTA (CRM: 3685) [CPF: 49923982434]		
Procedimento CID Data		
Sector 3009 SECRETARIA SUS	Convênio 50 SUS	Origem
Acomodação POSTO: - ENFERMARIA: - LEITO: Data mín. para alta - 01/07/2019 Data máx. para alta - 01/07/2019 Atendente - SOCORRO		

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [<input checked="" type="checkbox"/>] Sim [<input type="checkbox"/>] Não	Data admissão 01/07/2019	Data alta 02/07/19
Internação anterior? [<input type="checkbox"/>] Sim [<input checked="" type="checkbox"/>] Não	Hora admissão :	Hora alta 08:00
Alta...: Curado...: [<input type="checkbox"/>] Melhorado...: [<input checked="" type="checkbox"/>] Inalterado...: [<input type="checkbox"/>]	Clinica...: Médica...: [<input type="checkbox"/>]	
Piorado...: [<input type="checkbox"/>] A pedido...: [<input type="checkbox"/>] Indisciplina...: [<input type="checkbox"/>]	Cirúrgica...: [<input type="checkbox"/>]	
Transferido...: [<input type="checkbox"/>] Falecimento...: [<input type="checkbox"/>] Evasão...: [<input type="checkbox"/>]	Obstétrica...: [<input type="checkbox"/>]	

Diagnóstico:

Internação: 0408050543, S 82,3

Definitivo: 15.9.9

Histórico:

ORTÉSE PROTESE

Alta -1	Ralo X:	Uti
Pern -2	[<input checked="" type="checkbox"/>] Simples	Entrada ____ / ____ / ____
Transf -3	[<input type="checkbox"/>] C/Contraste	Saida ____ / ____ / ____
Óbito -4		Carimbo e Assinatura do Médico
Motivo	Caract. Trat.	
(n) Sangue.: [<input type="checkbox"/>] Rh.: [<input type="checkbox"/>]	1 1 1A 1B 1C 1D 1E 1F 1G	

Gene D. Alves
01/07/19

RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 10/07/2019



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NAME: JUNIO DE SOUZA

ALIAS: JUNIO DE SOUZA

LEITO: 112

CONVÉNIO: SOS

DIAGNÓSTICO:

DATA:

05/07/13

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

07/07/13

Oxiracetam

ptx

Ciprofloxacina 1.000 mg

tb

Cetotifeno 100mg

tb

Doxiciclina 100mg

tb

Paracetamol

Voltaren 100 mg

tb

Clorazepato

100 mg

EVOLUÇÃO MÉDICA

Sintomas: dor no fígado e
fígado, infarto do coração
Quem - enfermo

02/07/13 SEXTA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

ÁREA:

ALA:

Júlio César

LEITO:

12.1

MÉDICO:

D' Ralston

IDADE:

25

DATA: 01/07/89

MANHÃ

Paciente admitido p/ procedimento cirúrgico, seu queires no momento.

Marcelina Cristina Silva
Assistente de Enfermagem
COREN-SP 0001.234

TARDE

Paciente evoluí estavel, consciente, orientado, afivel, eupneico; em vósclice direta zero; aguarda evolução;
realizado cuidados e controles
da enfermagem.

Marcelina Cristina Silva
Assistente de Enfermagem
COREN-SP 0001.234

Obs: Realizado raiox de controle.

NOITE

Paciente estavel, consciente,
orientado, em P.O.I de fornecimento
segue em diete zero ate o efeito
efetivo anestesico bem intencionado
no momento QOP cuidadosos
de enfermagem.

Gleilânia Santos Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-SP 0001.234

NOTE

TARDE

MANHÃ

DATA: 02/07/19

NOME: MARINA SOARES SILVA | IDADE: 45 | GÊNERO: F | RUA: RUI BRITTO
ALERGIA: Nenhuma | MEDICAMENTO: Glucosamina | LERTE: 112 | MEDICO: Dr. E. PINTO

Evolução de Enfermagem

ANTONIO TRAGLIO
HOSPITAL



PACIENTE:	Julio Cesar, 56		
Nº DO PRONTUÁRIO:			
DATA DA OPERAÇÃO:	02/02/19	ENFERMARIA:	
OPERADOR:	Dr. R. M. da Costa		
1º AUXILIAR:	Auxiliar		
2º AUXILIAR:	Auxiliar		
ANESTESISTA:	INSTRUMENTADOR:		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Fistula de fíbre O		
TIPO DE OPERAÇÃO:	Ressecção de fistula off		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:			
RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:			
EXAME RADIOGRÁFICO NO ATO:			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DISSECÇÃO - SUTURA - MALEMPREGADO - ASPECTO - VÍCERAS

Ampla hérnia umbilical
Anel de 4 cm.
Cetose moderada
Hemorragia moderada
Locais de anastomose
Suturas corretas
Linfangites
Exsudado

Dr. Dalton Marinho da Costa
CRM 3965-PB/13-190-PR
FEOT 11-288

PACIENTE: Felicíssimo da Silveira Silveira

CONVÉNIO: SUS

SUS PRONTUÁRIO: 953531 / 2350756 DATA: 02/07/19

CIRURGIA: Tret. cirúrgica de fratura de Tibia ①

CIRURGIÃO: DR. Poipton

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESISTA: DR Thiago Augusto

CIRCULANTE: Kaika

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	02
1899	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROFOPINA	
265799	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	
122769	CEFAZOLINA 1g	
1767	CEFTRIAXONA	
154666	CETROPROFENO IV	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	01
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2320	DIPIRONA	02
5673	DOPAMINA	
32190	Efedrina	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2046	GLICOSE 5%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5398	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2062	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 8mg	01
69906	OMEFRAZOL 40mg	
70151	PROSTIGMINE	
70236	QUELICIM	
26819	RANITIDINA	01
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	01
CÓD.	PSICOTROPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
8885	DIEMPAX 10mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	01
125149	DIMORF 10mg	
69655	DORMONID	01
69639	DORMONID COMP.	
46850	FENDOBARBITAL	
8859	HIDANTAL	
9982	KETALAR	
69620	PETICINA	
73210	TRAMAL	
146832	ULTIVA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURI	
126233	CISATRACURI	
9091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	2ml
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2160	NEOCAINA 0.5% C/V	
70750	NEOCAINA 0.5% S/V	
1996	NEOCAINA PESADA	01
3212	NILPERIDOL	
142364	NOVAPUPI C/V	
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA	
264580	NOVAPUPI S/V	
2216	PANCURONIO	
82031	PROPÓFOL	
147451	ROCURÔNIO	
24678	SEVOFRANE	
1945	XYLESTESIN SPRAY	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR PI SORO	01
110089	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	01
161281	AG. RAQUI PI OBESO BD	
40162	AGULHA DESCARTÁVEL N°	02
	AGULHA PERIDURAL N°	
	AGULHA RAQUI N°	
2250	ALGODÃO HIDRÓFILO	02
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	03
	ATADURA CREPON N°	20
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÉNIO	01
27880	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS +	05unid
142341	COMPRESSAS 25x28	40unid
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO SUCCÃO N°	
59587	ELETRODOO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
287393	EQUIPO PI ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	40cm
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5x7,5	40pc
	GAZES	
3425	GELFOAN	
60917	GILETE	
	GUENDEL N°	
3468	INTRA-CATH	
	JELCO N° 18	01
	LÂMINA BISTURI N° 24	01
132709	LUVAS 6.5	
111209	LUVAS 7.0	02
40126	LUVAS 7.5	03
3522	LUVAS 8.0	
149870	LUVAS 8.5	
69752	MICROPORE LARGO	
	SCALPS N°	
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	02
3689	SERINGA DE 10cc	02
3897	SERINGA DE 20cc	02
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	
	SONDA FOLEY N°	
	SONDA NELATON	
	SONDA NSC	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	

COD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
	CROMADO C/A N°	
	CROMADO S/A N°	
	ETHIBOND N°	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL N°	
24703	MONONYLON N°	20
	PROLENE N°	20
	VICRYL N°	
COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ALCOOL	20ml
304000	CLOREXIDINA alcoólica 100ml	
2631	ÉTER	
3603	DEGERMANTE	100 ml
3611	PVP TOPICO	
4111	VASELINA	
COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	
	CAPNOGRAFO	
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	TC
	MICROSCÓPICO CIRUR.	
	MONITOR CARDIACO	TC
	NITROGÊNIO	
	OXÍDO NITROSO	
	OXIGÊNIO 20/m	TC
	OXÍMETRO DE PULSON	TC
	VÁCUO	
COD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
96229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	02
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	
134489	VOLUMEN 6%	
COD.	OUTROS	QUANT.
	paca em T c/2 + 9	
	furos. (01)	
	poropores corticais	
	(05) unid	
	Enka Tatiana de Oliveira Costa	
	Téc. de Enfermagem	
	COREN-FB 001165837	

CONVÉNIO:	SUS	IDADE:	25	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NÍCIO: 15:00	<input checked="" type="checkbox"/> ELETTIVA	<input type="checkbox"/> URGÊNCIA
NÚMERO DA CARTEIRA:				TERMINO: 16:00	NÍRIO ESPECIAL:	<input type="checkbox"/> AMBULATORIAL	
GUIA DE INTERNAÇÃO:				<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	ESTADO FÍSICO (ASA)	<input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
SENHA:				DATA:		(SMN TCO)	
DATA DE NASCIMENTO:		ALEXANDRA CEFA LOS ANGELES			01.07.19		

Diagnóstico Pró-Operatório:

1^a Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

Dra. Raquel.

Equipe Anestesiológica

Dra. Ana Paula. CRM/6514.

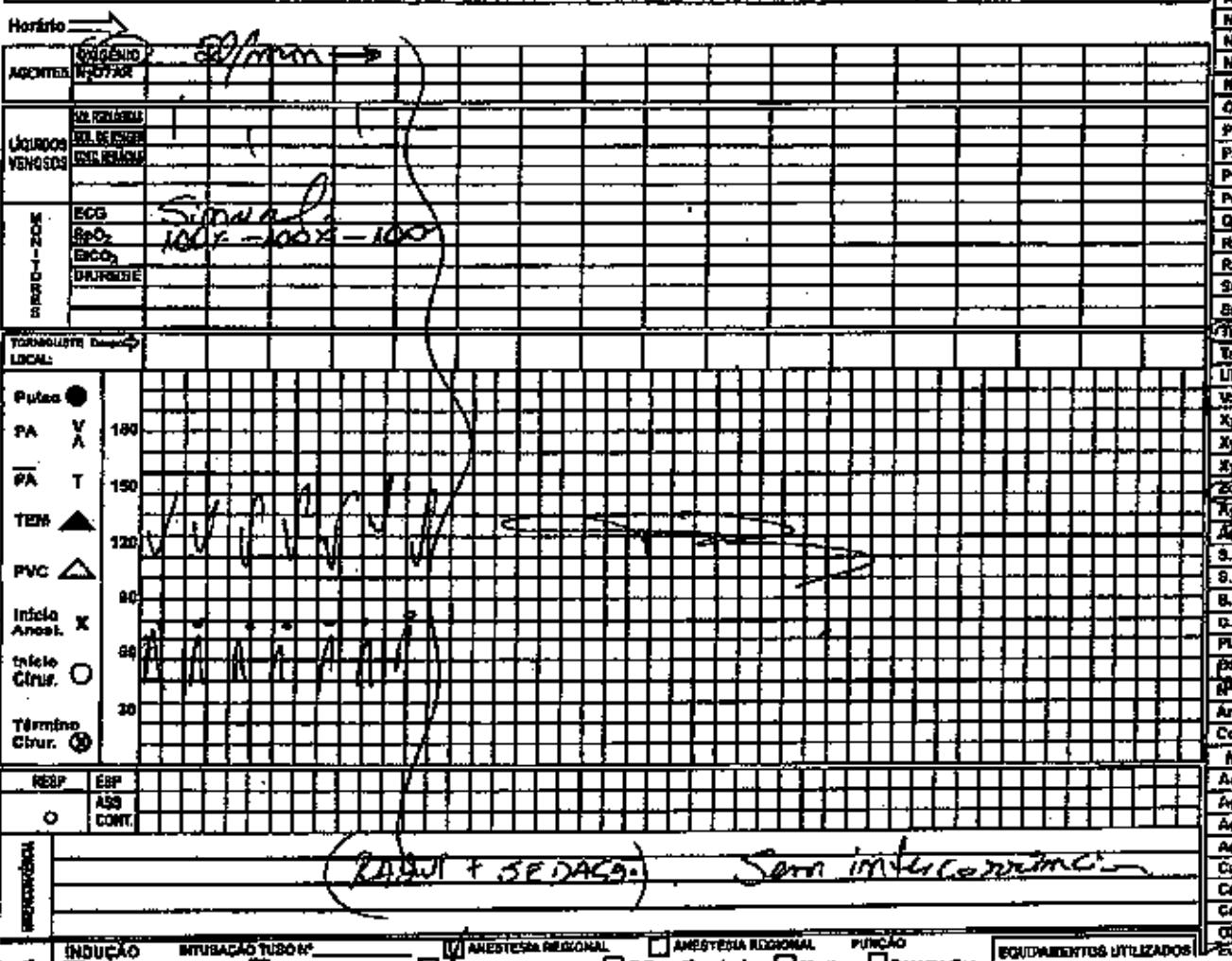
2^a Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

Instrumentador(a)

Procedimentos Realizados:

① Tto. crânio de fratura de frisa

Códigos



INDUÇÃO INTUBAÇÃO TUBOS: ANESTESIA REGIONAL ANESTESIA RODONAL PUNÇÃO EQUIPAMENTOS UTILIZADOS

Injetável Oral Particular P Braço/Cervical

Prontuário
853531

Admissão
23/07/2019

Prontuário
AMBULATORIO CLINICO
Data: 07/07/2019 Hora: 09:23
Nome: RICARDO RODRIGUES
Endereço: Rua: 301 101/103, Bairro: Centro, Cidade: Campina Grande, UF: PB
CPF: 000.000.000-00
RG: 000.000-00
Sexo: Masculino
Profissão: Desempregado

Paciente:
ALCIO CESAR SILVA SILVEIRA (CRM - 2000000)
Endereço:
CALLEIRAS
Bairro:
ZONA RURAL
Nome da mãe:
MARIA LUCIA DA SILVA
Responsável:
ALCIO CESAR SILVA SILVEIRA
Data nasc:
2014-07-01

Beso deu. Crv:
Nº: 301 101/103, Bairro: Centro, Cidade: Campina Grande
Nome: Companheiro:
SAE
Cidade: Campina Grande
Endereço:
SAE
Cidade: Campina Grande

Médico Admitemente:
23/07 RICARDO RODRIGUES DA COSTA (CRM - 2000000)

Médico Admitemente:
23/07 RICARDO RODRIGUES DA COSTA (CRM - 2000000)

Saída:
2019-07-07 09:23:54
Acomodação:
POSTO - DIFERENCIADO - LEITO
Data min. para alta: 01/08/2019 Data mês. para alta: 01/08/2019 Atendente: SUCORRO

Origem:

Resumo do Tratamento

Acompanhante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data admissão: 01/07/2019	Data alta: 02/07/2019
Internação anterior: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Hora admissão:	Hora alta: 08:00
Aluno: Curado <input type="checkbox"/> Motivado <input checked="" type="checkbox"/> Isolado <input type="checkbox"/> Chefe, Médico: <input type="checkbox"/> Paciente: <input type="checkbox"/> Apaixonado <input type="checkbox"/> Indispônia <input type="checkbox"/> Transiente: <input type="checkbox"/> Felicíssimo <input type="checkbox"/> Evento: <input type="checkbox"/>		Cirurgia: <input type="checkbox"/> Ginecologia: <input type="checkbox"/> Oftalmologia: <input type="checkbox"/>

Diagnóstico:

0408050543, 5823
26.5.9.9.

Internado: _____

Definitivo: _____

Histórico:

ORTSESE PROTESE

Alta: <input checked="" type="checkbox"/>	Ralo X: <input type="checkbox"/>	Uro: <input type="checkbox"/>	Entrada: / / /	Saída: / / /	Cartas e Assinatura do Médico
Permanente: <input checked="" type="checkbox"/>	Streets: <input checked="" type="checkbox"/>				
Transf.: <input checked="" type="checkbox"/>	Contrabando: <input type="checkbox"/>				
Óbito: <input type="checkbox"/>					

Motivo: _____	Caract. Trat: <input type="checkbox"/>
Sangue: <input checked="" type="checkbox"/>	RH: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IB <input type="checkbox"/> IC <input type="checkbox"/> ID <input type="checkbox"/> IE <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> IG

Leva: <input checked="" type="checkbox"/>	RX D: CONTROLE <input type="checkbox"/>
Leva: <input checked="" type="checkbox"/>	REALIZAÇÃO EM 10/18

CR70 GEST/ST

PACIENTE:

Nº DO PRONTUÁRIO:

DATA DA OPERAÇÃO:

OPERADOR:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

DIAGNÓSTICO DE OPERADORIO:

TIPO DE OPERAÇÃO:

DIAGNÓSTICO DE OPERATÓRIO:

RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO PATOLÓGICA:

EXAME DA MATERIA PRIMA:

ACIDENTE OU ANOMALIA OPERACIONAL:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

DATA: 01/01/2010 HORA: 10:00 HORAS - DURAÇÃO: 02:00 HORAS - FIM: 12:00 HORAS

Funil de cintura
junto - flexo
exto - no feria
feria feria
exto - exto
sulco com pro
exto
exto
exto

Assinatura

NOTE

TRAIL

HANNA

ללא בזבז
ונצלתון - לאיזה גזירה מושפעת
מוציא עזקה מזרק כפוץ בלבנטו רענן
למי ירוויה שאלתנו איזה מילן.

DATE 02/01/17

NAME: פלורנס גולדSTEIN
ADDRESS: 110-12 ST. MELVILLE
CITY: NEW YORK
STATE: NY
ZIP: 11701

144
HOSPITALIZATIONS
1980-1984

EVOLUCAO DE ENFERMAGEM

RECEPÇÃO

ANTONIO TARGEM

ALVARENGA

LEITO: 112

ECARDIO: 503

DIAGNÓSTICO:

DATA: 05/07/19

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

01/07/19

Acetaminofen

ptx

S. Hisogel 500 mg

08 06

Cefotípoxa 1 gr/06/6 04 06

Dexamet 10/6/6

06 36 04

ptx

Vitaminas 1M

02

Q. duas

f

EVOLUÇÃO MÉDICA

Mulher com quadro de
febre, infusão por
gotas - evolução

02/07/19 SCDMA S



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOOME:				
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ /	
SETOR:	LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESÊNCIA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>
DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
EST. GAS. RÓNTÉTINAL (DIETA)	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM				
RISCO DE QUEDA	CD/FR:			
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:			
RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:			
RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:			
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:			
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/>	RETENÇÃO URINÁRIA CD/FR:			
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:			
NÁUSEA	CD/FR:			
DOR AGUDA <input type="checkbox"/>	DOR CRÔNICA CD/FR:			
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:			
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:			
DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/>	ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/>	PARABANHO <input type="checkbox"/>	CD/FR:	
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:			
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:			
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	CD/FR:			
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA				
FR: FATOR RELACIONADO				

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

TIPO DE PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE O2 A OUMIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
<input type="checkbox"/> AVAIIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.		
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE		
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE		

Cartimbado-Assinatura do Enfermeiro:

Jamilela S. Tiz Gondim
CREF/RS 00660
E-mail: jamilela.s.tiz.gondim@gmail.com

HORA: 10:42 DATA: 29/06/19

INTERCORRENCIAS	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Insônia () Domo durante o dia () Sono intromídio. Observações:	<input type="checkbox"/> Praticante () Não praticante. Observações:
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Ausência de familiar/visitante () Outros:	<input type="checkbox"/> Ausência de familiar/visitante () Outros:
RELIGIOSIDADE / EUU ESPiritualidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	<input type="checkbox"/> Preservada () Familiar/visitante () Outros:
COMMUNICACAO, GREGARIA E SEGURANCA MEDICIONAL	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	<input type="checkbox"/> Preservada () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
SONDE REPROSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Estágio: Local: Descrção: Curativo: / /	<input type="checkbox"/> Preservada () Estágio: Local: Descrção: Curativo: / /
CUIDADO CORPICAL	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Local/Aspecito: Destrado em: / /	<input type="checkbox"/> Preservada () Local/Aspecito: Destrado em: / /
INCISIVO CIRURGICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Umidas () Secas [Manifestações de sede]: ()	<input type="checkbox"/> Preservada () Umidas () Secas [Manifestações de sede]: ()
CONDIGOS DAS MUCOSAS	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Regra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: / /	<input type="checkbox"/> Preservada () Nomocrada () Hipocrada () Ictérica () Gianocica () Turgor da pele: () Preservada
CONDIGOS DA PELA	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Local/Aspecito: Destrado em: / /	<input type="checkbox"/> Preservada () Local/Aspecito: Destrado em: / /
INTERRADADE FISICA E CUTANEO-MUCOSA	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Outros: / /	<input type="checkbox"/> Preservada () Outros: / /
RHA: / /	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Normotensos () Ausentes () Dismunidos () Ausentados	<input type="checkbox"/> Preservada () Normotensos () Dispendido () Tensos () Ascitico () Outros: / /
ALTERAGOS: / /	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Impedimento () Disfagia () Motilidade alimentar () Vomito () Pisoce () Outros: / /	<input type="checkbox"/> Preservada () Impedimento () Gastronomia () Jejunostomia () NFT: Hora: / /
ALIMENTAGAO: / /	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Nutrido () Emagrecido () Gagueito () Obeso.	<input type="checkbox"/> Preservada () Nutrido () Emagrecido () Gagueito () Obeso.
Tipo somatíco: / /	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Incompatibilidade () Protease.	<input type="checkbox"/> Preservada () Incompatibilidade () Protease.
ALIMENTACAO E ERMINIACOES (INTESTINAL E URINARIA)	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () MMS () MMII () Facc () Anasarca. Observações:	<input type="checkbox"/> Preservada () Peritrico () Artilmica () Soapo () Outro. Marcapasso: () Transistiro () Definitivo
EDEMAS: / /	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Cateter vascular: () Artimica () Central () Dissecção. Localização: / / Data da punção: / /	<input type="checkbox"/> Preservada () Cateter vascular: () Artimica () Central () Dissecção. Localização: / / Data da punção: / /
ALIMENTACAO CARDIAL: / /	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Arterial () Cardíaca () Cardíaco. Observações:	<input type="checkbox"/> Preservada () Arterial () Cardíaca () Cardíaco. Observações:
TIPO SOMATICO: / /	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Nutrido () Emagrecido () Gagueito () Obeso.	<input type="checkbox"/> Preservada () Nutrido () Emagrecido () Gagueito () Obeso.
TEMPO DE ENCHIMENTO CAPILLAR: / /	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Clanose () Sudorese () Fria () Aduecida. Drogas vasodilatadoras: () Qualis?	<input type="checkbox"/> Preservada () Clanose () Sudorese () Fria () Aduecida. Drogas vasodilatadoras: () Qualis?



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: <i>Julio Cesar</i>	Registro:	Leito: 93	Setor Atual: 910
--------------------------	-----------	-----------	------------------

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:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outr

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

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

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local: *Prejudicada MLD*

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 Expectorção: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.

Carimbada - Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 05/06/19

HORA: 11:00

Assinatura do Enfermeiro:
Silvana de Oliveira

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
INTERCORRÊNCIAS			
Type:	<input type="checkbox"/> Praticante	<input type="checkbox"/> Não praticante.	Observações:
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prudicada Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Método:			
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Independente (<input type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:			
Cuidado corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Domine durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono intromídio. Observações:			
SONO E REPOUSO			
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória.			
Limpeza física: (<input checked="" type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro:			
CUÍDADO CORPORAL			
Indivíduo crural: (<input checked="" type="checkbox"/>) Local/Aspecífico: Local: Descritivo: Curativo: / / /			
Indivíduo das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Umidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)			
Condigo da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Infligra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Edematosas (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input type="checkbox"/>) Escorragens (<input type="checkbox"/>) Outro:			
Condigo da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Infligra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Edematosas (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input type="checkbox"/>) Escorragens (<input type="checkbox"/>) Outro:			
INTERRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito ml/h:			
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Consistido hâ dias (<input type="checkbox"/>) Outros:			
Abdome: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotônico (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tensão (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:			
Allergias: (<input checked="" type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Prórose (<input type="checkbox"/>) Outros:			
Dentigáio: (<input checked="" type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Protease.			
tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nútrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Capacetudo (<input type="checkbox"/>) Obeso.			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Edema: (<input checked="" type="checkbox"/>) MMS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarc. Observações: <input checked="" type="checkbox"/>			
Auscultta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Ritmica (<input type="checkbox"/>) Arritmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transfletivo (<input type="checkbox"/>) Definitivo			
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periferico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecgado. Localização: <input checked="" type="checkbox"/> NC Data da punção: 22/06/19			
Drogas vasodilatadoras: (<input checked="" type="checkbox"/>) Quais?			
Tempo de enchimento capilar: (<input checked="" type="checkbox"/>) 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) >3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgencia jugular: (<input type="checkbox"/>) Precoordialgia (<input type="checkbox"/>)			
raia: <input checked="" type="checkbox"/> Loraada (<input type="checkbox"/>) Hipocrarda (<input type="checkbox"/>) Clanose (<input type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquedicta.			

Evolução de Enfermagem

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO DA PARÁBA

Name: Guilherme | Número: 0903 | Registro: LEITO | Setor Atual: WICU

Sinais vitais: Tax: 60 | C: P: | bpm: FR: | lpm: PA: | mmhg: FC: | bpm: SpO2: | %

Altura: 170 | Peso: 70 | kg: Altura: | cm | Dor: () Local: | Obs: |

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

Nível de consciência: (Consciente) (Orientado) (Confuso) (Letargico) (Troporoso) (Comatoso) (Outro)

REGULAGÃO NEUROLÓGICA

Oxigenação:
 Respiração: (Espontânea) (Cateter Nasal) (Venturi %) /min (Tracheostomia) (Ayre/Tubo T) (VMI TOT nº) Comissura labial nº FIO2 %PEEP cmH2O

(Eupneia) (Taquipneia) (Bradipneia) (Dispnéia) (Outros: Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (D) (E)

Ruidos adventícios: (Roncos) (Sibilos) (Estridor) (Outros: Tosses: (Impudentiva) (Produtiva) Expectorragão: (Quantidade e aspecto: Aspiração: Quantidade e aspecto: (Drága) (D) (E) (Selo d'água: Dáta da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem toracica:

Gesometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ BE SpO₂ Data: / / Hora: PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS
 Alergias: (Viseiro) (Auditivo) (Tato) (Olfato) (Paladar Observação: SEGUINCGA FÍSICA
 Transtido: (Agitado) (Agressivo) (Risco de queda. Observação: REGULAGÃO CARDIOVASCULAR
 Pulse: (Regular) (Irregular) (Impalpável) (Flifforme) (Cheio.

RELAÇÃO DE ENFERMAGEM

የመተዳደሪያ መተዳደሪያ መተዳደሪያ መተዳደሪያ መተዳደሪያ

Queso: Pueden ser de queso fresco o
queso curado, con suero o
queso curado con leche de cabra.
Pueden ser quesos que
se sirven en cuadros, cuadrados,
cuadrados, cuadrados y cuadrados
de queso fresco, con suero o
queso curado.

DATA: 2/10/2015

MANIA

EVOLUCIÓN DE ENFERMAGEN

Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Clanose (<input type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) > 3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____ Precordialgia (<input type="checkbox"/>)	
Auscultação cardíaca: (<input type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arrítmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Disssecção. Localização: <u>Mão</u> Data da punção: <u>25/06/13</u>	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarcá. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso.	
Dentição: (<input type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastrostomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT; Mora: _____ Data: / /	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Fírose (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distrénsio (<input type="checkbox"/>) Tensão (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
RHA: (<input type="checkbox"/>) Normoestivos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há dias (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Eliminação urinária: (<input type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input type="checkbox"/>) Escorições (<input type="checkbox"/>) Outro:	
Coloração da pele: (<input type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Clanótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Inchaço cirúrgico: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Ovário: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /	
Ulceras de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input type="checkbox"/>) Dependente (<input checked="" type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória.	
Limitação física: (<input type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono interrompido. Observações:	
4 - AVAIS DE NECESSIDADES SOCIAIS E PSICOPROTEÇÃO	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo: (<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo é Assinatura do Enfermeiro: GISELLA S. RODRIGO ENFERMEIRA CRF-RS 48.459-324	
DATA: <u>26/06/13</u> HORA: <u>16:30 h</u>	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Júlio Cesar* | Registro: | Leito: 9-3 | Setor Atual: OTTO I

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FARMACOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatozo () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotoreagentes () Mioticas () Midriáticas

Mobilidade Facial: () Preservada () Paresia () Plegia () Paraparesia Local:

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

Obs:

OSSILAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Tracheostomia () Ayre/Tubo T
() VMI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH20

() Eupnéia; () Taquipnégia () Bradipnégia () Dispnégia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Fliforme () Cholo.

GOVERNO
ESTADO DA PARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE SILENTÉCIO BORGES DEMOLUZ SORTEADA PERMANENTE

REGISTRO DE ENTRADA
Nº 06

NOME:

Waldo Lelior Sifre

DATA DE NASCIMENTO

IDADE	SEXO	COR	PESO	ALTURA	CLINICO	ENFERM.
						06

DADOS CLÍNICOS:

DATA DE SOLICITAÇÃO:

DATA DE SOLICITADO:

Ricardo Penteado

URGÊNCIA	ROTINA
DATA: 16/06/13	HORA DA SOLICITAÇÃO:

REGISTRAÇÃO DE SOLICITAÇÃO



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Julia Lúcia Sá Lira da Mota Registro: 5 Leito: 3 Setor Atual: UCI-IP3

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tpx: 36°C; P: 80 bpm; FR: 18 rpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 75 bpm; SPO2: 98%

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torpido Comatoso Outro

GLASGOW(3-15): 15 Drogas (Sedativo/Antialgésico):

Pupilas: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotoreageentes Midílicas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paralisia Plegia Paraparesia Local:

Linguagem: Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXYGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % I/min Tracheostomia Ayre/Tubo T

VMI VMI TOT nº 1 Comissura labial nº 1 FIO2 % PEEP cmH2O

Eupnéia; Taquipnéia Bradipnéia Diapnéia Outros:

Auscultação pulmonar: Murmurio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Impreditiva Produtiva | Expectorado: Quantidade e aspecto:

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

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

Gasometria arterial: PH 7.45 PCO₂ 35 mmHg PO₂ 95 mmHg HCO₃ 24 mEq/L EB + SpO₂ 98% Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfacto Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulse: Regular Irregular Impalpável Flutuante Cheio.

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ Ano _____

() Centro circolazione

t) Internação (secur)

4.2 Transferência a outros SETORIS ou HOSPITALS

() Alta hospitalar / () Revol

1 (1) Decisão Médica

100

Ass. do paciente em resolução da unidade de gerenciamento

Ass, do paciente est respondeu (quanto necessário)

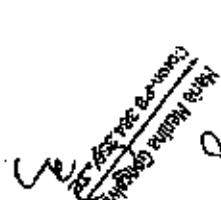
SERVIÇOS REALIZADOS

19
30
06

WHA TA: 120x80

FONMII STAFFSII, CRIMAURMII OUTIMTODE
JINN HINMECLII, HIRGU, JIN QUWRAA.

FILE: MAFSAFOTUNABO/S008
GREEN-PB 843811-TE



30/106/199

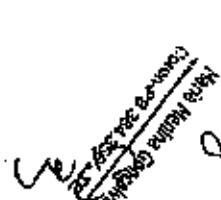
604 | 58%
7A-120X80

06=90

T=36.2

LacunE

bf 40



LacunE

bf 40

29-06-19 08hs RA: 120x80

Poço de solo seco, com caimento ensimado
em arenito, nutrizendo tronco de acácia.
Água bem quente. Fic.: ^{Maria da Penha Soares}
~~Coren-PB 043.011-TE~~



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME:

IDADE: [SEXO: M F] DATA DE NASCIMENTO: / / : : h

SETOR: LEITO:

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

ALERGIAS: SIM NÃO QUAIS:

MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM NÃO QUAIS:

DOENÇA CRÔNICA: SIM NÃO QUAIS:

PRESENÇA DE ESCARA: SIM NÃO LOCAL:

PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (OURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>
MOBILIDADE:	DUSURIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	
	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>
SIST. GAS. RONENTEALINAL (DIETA)	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC: PESO:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:
<input type="checkbox"/>	CD/FR:
<input type="checkbox"/>	CD/FR:
<input type="checkbox"/>	CD/FR:

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA

FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

	FECHA:	APRAZAMENTO:	ASSINATURA:
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 04 mL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).			
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE			
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			

20
06
19

20hs RA: 120x80 T16: *Mammalia*
M. F. S. M. F. S.
COREN-PB 843.811-TE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK OK

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica:ORTOPEDIA I Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA Perna DIREITA

DIA 27/06/2019**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	336 24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP. 12h/12h 5D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF (5059)	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	336 18 24 06
5	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. IFRA AMP. 12h/12h Reconstituir 4ML ABD,	34 24
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	336 24
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	24
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ciente

EVOLUÇÃO

DATA:27/06/2019 HORA:12:15:16

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD:VPM
AGUARDA CIRURGIAASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Jr. Wagner Luiz Egito De Araujo
de ORTOPEDIA - 23 - ATOLÓGICO
CPM - n.º 1426

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Clanose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordalgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: MSE Data da punção 29/06/19	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMIII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> IVO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: / /	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Diáfragma <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Prostase <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotônico <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocapada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Clanótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Inchaço cirúrgico: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSESPITUAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOSESPITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo é Assinatura do Enfermeiro:	
Janele S. Cruz Gonçalves ENFERMEIRA CRF-RS 508.860	DATA: 28/06/19 HORA: 11:25h

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

JULIO CESAR SILVA SILVEIRA



DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF

3956191

SSDS

PB

CPF

112.069.904-57

DATA NASCIMENTO

30/11/1993

FILIAÇÃO

ANTONIO LOPES DA
SILVEIRA
MARIA LUCIA DA SILVA

PERMISSÃO



ACC



CATHAB

AD

Nº REGISTRO

05868134171

VALIDADE

24/11/2020

1ª HABILITAÇÃO

02/09/2013

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV REMUNERADA:

Julio Cesar Silva Silveira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO

17/02/2016

Anselmo Chaves Soares
Livre de Detrânsito de Veículos

940474403:
PB0315092:

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1169405610

PROIBIDO PLASTIFICAR

1169405610

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETAN - PB Nº
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOVIA CO. BENJAMIN Ribeiro - EXERCÍCIO
EXERCÍCIO 2018

NOME / ENDEREÇO

PLACA

QSD1758

PLACA ANT/UE

QSD1758

ESPECIE / TIPO
PASSA / MOTOCICLETACOMBUSTÍVEL
GASOLINAMARCA / MODELO
HONDA/CG 160 STARTANO FAB. ANO MOD
2018 2018CATEGORIA COR PREDOMINANTE
PARTICULAR PRETACOTA UNICA
IPVAVEN. COTA UNICA
VEN/COTAS
1ºPAÍSA IPVA
IPVAPAGAMENTO/COTAS
2º
3º

PRÉMIO LIQUIDADO: PRÉMIO TOTAL: R\$ 0,00 DATA DE PAGAMENTO:

SEGURÓ BRASIL TORC

OBSERVAÇÕES

ALIENACAO FIDUCIARIA

LOCAL
CAMPINA GRANDEDATA
29/10/2019

QSD1758

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2018

Proprietário: *****

Placa: QSD1758

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/CG 160 START

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA

Ano de Fabricação: 2018

Ano Modelo: 2018

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: PRETA

Vencimento Licenciamento: 31/10/2019

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

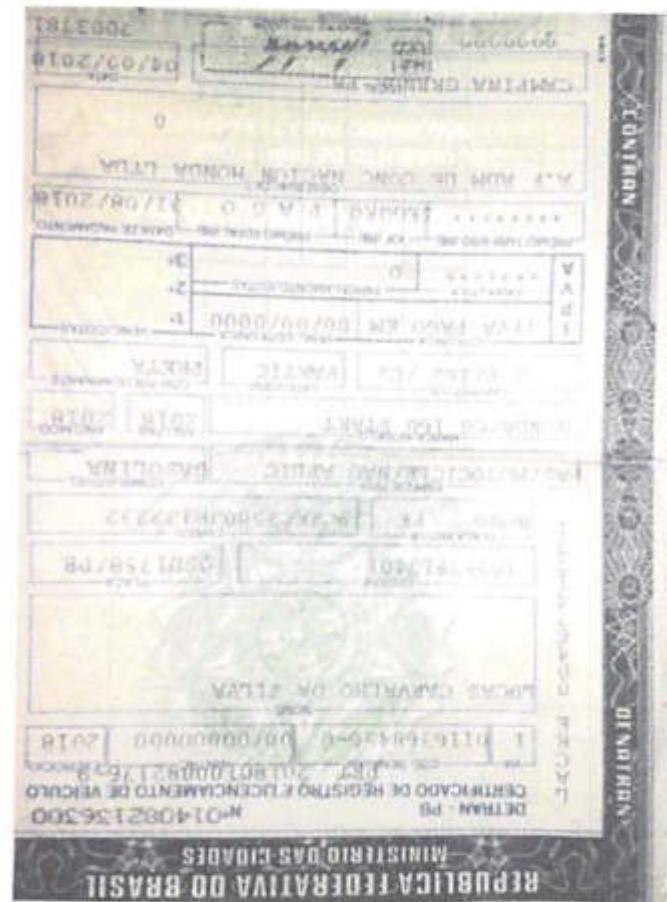
Financeira: #####

Município: CAMPINA GRANDE

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 29/10/2019

CONTRAN



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

QSD1758

DETAN - PB
Nº
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO
2018

NOME / ENDEREÇO

PLACA
QSD1758ESPECIE / TIPO
PASSA / MOTOCICLETAMARCA / MODELO
HONDA/CG 160 STARTCOMBUSTÍVEL
GASOLINAANO FAB. ANO MOD
2018 2018CATEGORIA
PARTICULARCOR PREDOMINANTE
PRETA

COTAS UNICAS

VENC. COTA UNICA
31/10/2019

VENC. COTAS

P

PAGA IPIA

FINANCIAMENTO/COTAS

V

31/10/2019

2^a

A

31/10/2019

3^a

PRÉMIO LIQUIDÓFICO / ISGP / PRÉMIO TOTAL PRESTADO / DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

ALIENACAO FIDUCIARIA

LOCAL DATA

CAMPINA GRANDE**29/10/2019**

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2018

Proprietário: *****

Placa: **QSD1758**Combustível: **GASOLINA**Marca/Modelo: **HONDA/CG 160 START**Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLETA**Ano de Fabricação: **2018**Ano Modelo: **2018**Categoria: **PARTICULAR**Cor Predominante: **PRETA**Vencimento Licenciamento: **31/10/2019**

Observação:

Restrição: **ALIENACAO FIDUCIARIA**

Financeira: #####

Município: **CAMPINA GRANDE**Situação: **EM CIRCULACAO**Data da Consulta: **29/10/2019**

CONTRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028898 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA **Data do acidente:** 16/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS. ALTA MÉDICA.
P 6/25/26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3190297027 EM GRAU LEVE PARA O MEMBRO INFERIOR DIREITO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085720/20

Vítima: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

CPF: 112.069.904-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/06/2019

Titular do CPF: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIO CESAR SILVA SILVEIRA : 112.069.904-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/03/2020
Nome: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA
CPF: 112.069.904-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024543/20

Vítima: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

CPF: 112.069.904-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/06/2019

Titular do CPF: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIO CESAR SILVA SILVEIRA : 112.069.904-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020
Nome: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA
CPF: 112.069.904-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA