

---

**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



---

**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: <b>0024543120</b>	CPF da vítima: <b>112.069.904-57</b>	Nome completo da vítima: <b>Julio Cesar Silva Silveira</b>
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo: <b>Julio Cesar Silva Silveira</b>	CPF: <b>112.069.904-57</b>	
Profissão: <b>Picudo</b>	Endereço: <b>Sítio Cajazeiras</b>	Número: <b>312</b> Complemento:
Bairro: <b>Centro</b>	Cidade: <b>Maranduba</b>	Estado: <b>PB</b> CEP: <b>58120-000</b>
E-mail:	Tel. (DDD): <b>(51) 98805-6654</b>	

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: <b>Banco do Brasil</b>
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <b>1634</b> <b>9</b> CONTA: <b>37229</b> <b>3</b> (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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Local e Data, **João Pessoa, 17/01/2020**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Julio Cesar Silva Silveira**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

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.**



# 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: <b>0085730120</b>	CPF da vítima: <b>112.069.904-57</b>	Nome completo da vítima: <b>Julio Cesar Silva Silveira</b>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: <b>Julio Cesar Silva Silveira</b>		CPF: <b>112.069.904-57</b>
Profissão: <b>Picudo</b>	Endereço: <b>Sítio Cajazeiras</b>	Número: <b>312</b> Complemento:
Bairro: <b>Centro</b>	Cidade: <b>Maranduba</b>	Estado: <b>PB</b> CEP: <b>58120-000</b>
E-mail:	Tel.(DDD): <b>(51) 98805-6654</b>	

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <b>Banco do Brasil</b> AGÊNCIA: <b>1634</b> <b>9</b> CONTA: <b>37229</b> <b>3</b> <small>(Informar o dígito se existir)</small>
---	--

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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: **João Pessoa, 10/03/2020**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Julio Cesar Silva Silveira**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

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.



**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, conseqüentemente, 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, conseqüentemente, 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: <b>0085730120</b>	CPF da vítima: <b>112.069.904-57</b>	Nome completo da vítima: <b>Julio Cesar Silva Silveira</b>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: <b>Julio Cesar Silva Silveira</b>		CPF: <b>112.069.904-57</b>
Profissão: <b>Picudo</b>	Endereço: <b>Sítio Cajazeiras</b>	Número: <b>312</b> Complemento:
Bairro: <b>Centro</b>	Cidade: <b>Maranduba</b>	Estado: <b>PB</b> CEP: <b>58120-000</b>
E-mail:	Tel.(DDD): <b>(51) 98805-6654</b>	

DADOS CADASTRAIS

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

**RENDA MENSAL:**

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **1634** **9** CONTA: **37229** **3**  
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

**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.

MORTE

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: <input type="text"/> Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: **João Pessoa, 10/03/2020**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Julio Cesar Silva Silveira**  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

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

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.**

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Enviar para empresa pagadora da nota fiscal/conta da energia elétrica. Nº 003.904.855.



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 15.853.833-1

## 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](http://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	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000156516	000249183201906	13/06/2019	R\$ 377,85	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA

08.826.596/0001-95

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.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica. Nº 003.004.555



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 230 - KM 158 - Alto Bodoqueto - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.826.596/0001-95 Ins. 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](http://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	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000156516	000249183201906	13/06/2019	R\$ 377,85	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
08.826.596/0001-95				
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				



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



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  
SILVEIRA

CEP: 58120000

Nascimento: 30/11/1993

Endereço: SÍTIO CAJAZEIRAS

Sexo: M

Telefone: 87652110

Cidade: Massaranduba

Idade: 025

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

RG:

N°: 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              | 19. Fratura óssea fechada        |
| 2. Amputação            | 20. Fratura óssea aberta         |
| 3. Avulsão              | 21. Hematoma                     |
| 4. Contusão             | 22. Injurgitamento Venoso        |
| 5. Creptação            | 23. Laceração                    |
| 6. Dor                  | 24. Lesão tendinária             |
| 7. Edema                | 25. Luxação                      |
| 8. Empalhamento         | 26. Mordedura                    |
| 9. Enfisema subcutâneo  | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento         | 28. Objeto Enclavado             |
| 11. Equimose            | 29. Otorragia                    |
| 12. F. Arma branca      | 30. Paralisia                    |
| 13. F. Arma de fogo     | 31. Paresia                      |
| 14. F. Cortado          | 32. Parastesia                   |
| 15. F. Cortante         | 33. Queimadura                   |
| 16. F. Corto-contuso    | 34. Rinorragia                   |
| 17. F. Perfuro-contuso  | 35. Sinais de Isquemia           |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36.                              |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Fratura Tibia Direita

EXAME PRIMÁRIO - D S CLÍNICOS

Paciente Amarelo de  
trauma no punho (D)  
após queda de moto

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow

PA

HGT: 89

SatO2

106 x 62

93

Fc: 87

12:00h. Sda Vermelha

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Ultrassonografia:

( ) Gasometria arterial

( ) Radiografias:

( ) Tomografia Computadorizada

( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: /

Dia / /

Especialista: /

Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:





**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Julio Cesar Silva Silveira Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 9-3 Setor Atual: Ortop 1

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax: \_\_\_\_\_ °C; P: \_\_\_\_\_ bpm; FR: \_\_\_\_\_ lpm; PA: \_\_\_\_\_ mmHg; FC: \_\_\_\_\_ bpm; SPO2: \_\_\_\_\_ %  
HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl; Peso: \_\_\_\_\_ Kg; Altura: \_\_\_\_\_ cm; Der: (x) Local: M.I.H Obs.: \_\_\_\_\_

**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**

Tala

**3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs: \_\_\_\_\_

**4. VENTILAÇÃO**

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

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

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

Ausculta pulmonar: Murmúro 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**

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

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

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

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
 \* Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Matinhas, 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) NAO HAS ( ) SIM (X) NAO  
 DEF. MOTORA ( ) SIM (X) NAO

ALERGIAS: NEGA

MEDICAÇÃO EM USO:  
 ESTADO GERAL: BOM

AValiação Neurológica

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

SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA  
 ( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA ( ) DOR ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
 ( ) ANAFILAXIA ( ) FLEITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
 ( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SIBLOS ( ) TOSSE



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:  
 AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIU/RESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN  
 Miquelly Vanessa Pontes 365332

Miquelly Vanessa P. Marcelino  
 COREN-PB 569048-ENF



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

[illegible]





GOVERNO  
DA PARAÍBA



SEGUE  
o trabalho



SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE

NOME DO PACIENTE: JOÃO CARLOS DA SILVA IDADE 45

( ) PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA: 201 LEITO: 02/07 DATA 20/07/12

DIAGNÓSTICO:

Fratura de tibia (D)

MATERIAL ESPECIAL:

Placa 4.5 + Placa DCP / 20 Haste intramedular de TIBIA

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

Clinica: 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	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 24
3	DIPIRONA SÓDICA 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
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. 12h/12h Diluir em 100 ML SF	12 24
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	24
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

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

PACIENTE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, NEGA FEBRE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo

29/06/19 10:00 Rs. Paciente aguarda procedimento cirúrgico, segue  
P.A 140x80 cujas curadas da enfermagem.  
S/P: 98 Dóseha  
R: 71

29/06/19

Fe= 80  
PA= 120x80  
T= 36°C  
Sat 94%

Medicacao em sem  
quixos as curadas  
de enfer

Maria Maria Gonçalves  
Coron 448 984.358 - TIS



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

Tempo de enchimento capilar: ☒  $\leq 3$  segundos; ( )  $> 3$  segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

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

Cateter vascular: ☒ Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSE Data da punção 27/06/19

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações: Tala M.D.

**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**

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

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

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

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

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

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

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

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

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**

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

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

Condições das mucosas: ☒ Úmidas ( ) Secas Manifestações de saba: ( )

Inclusão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: / /

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

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

**CUIDADO CORPORAL**

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

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

Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ☒ Outro: deambula e caminha

**SONO E REPOUSO**

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

**4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

**COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**

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

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

**5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**

**RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**

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

**INTERCORRÊNCIAS**

27/06/19 às 17:15 hs pte com dr M.D., segue medicado C.P.M. Do endo. Lenda equipe. Karla

Karla R. L. Porto Queiroz  
COREN-PB 165371-ENF

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 27/06/19. HORA: 17:15 h

Karla R. L. Porto Queiroz  
COREN-PB 165371-ENF



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: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 29/06/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 12h/12h	12 24
3	DIPIRONA SÓDICA 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
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	24
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, ANICTÉRICO, 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

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/06/2019

Horas: 10:02:38

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: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 28/06/2019

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

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

## 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

A: 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

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

DIA 26/06/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 4D/7D (SUSP) Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 24 06
5	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. 1FRA 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 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: 26/06/2019 HORA: 11:13:08

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTÚRBIOS

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. ORTOPEDIA - 16/06/2019  
CRM - PB 19878





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 1 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 FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	<del>12</del> <del>18</del> 24 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	<del>12</del> <del>18</del> 24 06
4	HIDROCORTISONA SUCCINATO SÓDICO 500 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 4ML ABD,	<del>12</del> 24
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<del>12</del> 24
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	<del>12</del> 06
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	20
8	FISIOTERAPIA MOTORA	ciente
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	//

### EVOLUÇÃO

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

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTÚRBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo  
M. Wagner Luiz Egito De Araujo  
OR. ORTOPEDIA - REUMATOLOGIA  
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: REFRATURA 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	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h	12 24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA 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	12 18 24 06
	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V, 1FRA 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 06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 24h)	20
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

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

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

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 PERNA DIREITA

DIA 23/06/2019

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

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

### EVOLUÇÃO

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

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

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



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	C
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h OD/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	12 24 Ricudo
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)	06
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 DISTÚRBIOS

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

12/06/2019 12:03:57  
Wagner Luiz Egito De Araujo  
CRM - PB 1.128





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 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 CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

CD-VPM

A ARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo  
CRM - P 100000

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/06/2019

Horas: 12:59:57

Médico (a) Diarista : Jose Renna Gomes Da Silva

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

DIA 16/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Renna Gomes Da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	2x
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h	2x
3	DIPIRONA SÓDICA 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,	1x 0x
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 24h/24h (ADM AS 14h)	1x
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	1x

### 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 PERIMPLANTE

CD: SOLICITO PRE-OP  
INTERNACAO HOSPITALARASSINATURA + CARIMBO  
Jose Renna Gomes Da Silva

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/06/2019

Horas: 00:17:28

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

## 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: AMARELA Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 20/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	V
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h	12
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	12 18 00 09 09
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 09
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 24h/24h (ADM AS 14h)	14
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	14

## EVOLUÇÃO

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

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE SEM DISTÚRBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Hallisson Barros De Almeida  
Hallisson Barros De Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - RJ 1025



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: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 19/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SND
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 24
3	DIPIRONA SÓDICA 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
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)	14
6	ENOXAPARINA SÓDICA 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 DISTÉRMIAS

DOR +/4+

DIURESE E EVACUAÇÕES PRÉSENTES

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

HGT = 115.





GOVERNO  
DA PARAIBA



Data: 21/06/2019  
Horas: 10:49:16  
Médico (a) Distista : 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 I Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 21/06/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	C
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML E.V. 12h/12h	12
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h	12
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)	12
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	12



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/06/2019

Horas: 01:30:12

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcão

## PRESCRIÇÃO MÉDICA *of of*

### 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: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 18/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	5x3
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 24
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 15 24 05
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)	12
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: REFRATURA DA TIBIA DIREITA PERIMPLANTE

BEG, ESTÁVEL..

NV: OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

*Wagner Falcão*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8643  
ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner De Melo Falcão

GOVERNO  
DO MARANHÃO

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/06/2019

Horas: 06:49:26

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcão

## 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: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

OK  
OK

DIA 17/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcão /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	10- 20
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML P.V. 6h/6h	12 18 00 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 00
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)	
6	ENDXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	20 04

## EVOLUÇÃO

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: REFRATURA DA TIBIA DIREITA PERIMPLANTE

BEG, ESTÁVEL..

NV: OK

CD: SOLICITO PRE-OP

ASSINATURA  
Wagner De Melo Falcão  
CRM-PE 8643

1946 11-11-1946 442 2434

**Հովանավոր**  
ՄԱՐԿԱՆԻՆԻՄ

**More Details**

**Clifford**  
**Wasserman**

**Environ Biol Fish**  
DOI 10.1007/s10641-010-9740-9

SHARPS LLC IS AN Equal Opportunity Employer

**Respondent**  
 2110 66300 11.04 00.0000

**Due 1/20/04**

2048 FLPLAU

2312 NULTON WASHEN-CI SA COSTA NORO (TIR) (CM) (MEDICAO)  
Procedimento

Medical Association of the State of New York  
1241 Park Avenue, New York 17, New York

2002 SECRETARIA 242

**Quanti**  
50. 24.6

**Direct**

## Appendix B

POSTO - ESTADIA - 1953

DEAD END. HAVE ABE - 01/27/2015

Page 10 of 10

Asunto - suc0240

### Resumo do Tratamento

Assinatura: \_\_\_\_\_ | Sim | ☒ | Não | Data entrada: 01/07/2019

Date of CO2, 0-1, 3

ਜਨਤਕਤਾਪੋਰ ਸ਼ਾਇਰਾ-2 1 1 ਤਿਰਾ 1 1 ਨੀਯੋ ਹਿੰਦੁਸਤਾਨੀ

More also         

Atm.	Curado	( )	Metecano	(X)	Inalariado	( )	Chapa. Medca	( )
	Protege	( )	A pedido	( )	Indisciplino	( )	Gravito	( )
	Translendo	( )	Falecimento	( )	Evasão	( )	Costitua	( )

### Diagnoses:

Intensidade. 04080503 15 13023  
Definição. 4599

### Narrativo:

~~ORTËSE PROTESE~~

Att - 1

Figure 2

114

Form - 2

**1.1.5. Srobné**

**Extended:**

**Trans - 3**

7 1 ~~CONFIDENTIAL~~

5002

• **Chlorine** is a green gas with a strong odor.

**Centro e Faculdade de Medicina**

## Maths

Correct Tral. 1 1 1

**Sandoz**

➔ **Rhe:** 1

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

RX DI CONTROLE  
REALIZZATO IN 1/2/11



DATA: 07/07/09

MANHA

Paciente admitido p/ procedimento cirurgico. Sem queixas no momento.

Antônio Santos Silva  
Enfermeiro  
CRM 10.101

TARDE

Paciente evolui estável, consciente, orientado, afimil, eufórico; em vínculo de 3º grau; aguarda cirurgia; realizado cuidados pessoais da enfermagem.

Antônio Santos Silva  
Enfermeiro  
CRM 10.101

Obs: Realizado raio X de controle.

NOITE

Paciente estável, consciente, orientado, em P.O. 3 de tornozelo segue em dieta 3º grau ale por 100g efeito anestésico bem tolerado. Cuidados no momento com cuidados de enfermagem.

Antônio Santos Silva  
Enfermeiro  
CRM 10.101

**CONSISTENT LIFE CHAIN**

4. **CONCLUSIONS**

DATE OF BIRTH: 5/15/2012

11-12-2003

# REVIEWS

1980

1-815-115-1474

**110017 ANI-NESLA**

DIACNO, 10:11-12 (PETER WARD)

114030 MILL

**DIAGNOSTIC: 14% COEFFICIENT**

REF ID: A61014

EXHIBIT 10-10

ACQUISITION OF A FOREIGN LANGUAGE

## RELAZIONE DI OPERAZIONE

CONFIDENTIAL

1947-48

Living with -

2-4-1951

2-10-19

10/10/1944

—

[illegible]

1. Major Issues

2000

... 2000 ...

3

- 100 -

— — — — —

—

[illegible]

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

— *Journal of the American Medical Association*, 1997

Nome: Helena Costa Silva Silveira

Idade: 25

ALA: Maternidade LITTO: 12-1

Enfermeiro: Dr. R. P. Silva

DATA: 02/07/14

MANHÃ

Paciente recebeu alta em casa.  
maioridade med após receber alta  
hospitalar realizando curativos e  
lavar bato.

*[Signature]*  
Enfermeiro(a)  
L. P. SILVA

TARDE

NOITE

NOME **Yulio Verson**

ESTADO **planta**

LEITO: **112**

CAVENDO **505**

DIAGNÓSTICO:

DATA **01/07.18**

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

01/07/18

**Q. - h. - u.**

**S. - h. - u. - 1.000**

**Cefotaxima / r - 0.6 / 6 - 0.4**

**D. - u. - 1.0 / 6 - 0.4**

**planta**

**u. - h. - u. - 1.0**

**Q. - h. - u.**

EVOLUÇÃO MÉDICA

**Planta com febre ex  
fria, infusão por  
q. - u. - 1.0**

02/07/18

**SEDA**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA**

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME:					
IDADE:	SEXO:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às h
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:		
PRESENÇA 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:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>		
	DISÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (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				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO					CD/FR:
<input type="checkbox"/> NÁUSEA					CD/FR:
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA				
<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			
<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			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 D/LMIN 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 (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).					
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTO CUIDADO.					
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.					





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Julio Kelson Registro: 9.3 Leito: 9.3 Setor Atual: 0710

Sinais vitais: Tax: °C: P: bpm: FR: l/min: PA: mmHg: FC: bpm: SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULACÃO 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 ( ) Mídricas ( ) Mideáricas

Mobildade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Paralestia Local: Preservada cada M.O

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

Obs:

OXIGENACÃO

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

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

( ) Eupnéia: ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispneia ( ) Outros:

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

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

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

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

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: SPO2 EB HCO3 PO2 PCO2

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2 Data: / / Hora:

PERCEPCÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULACÃO CARDIOVASCULAR

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

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

Tempo de enchimento capilar: ( )  $\leq 3$  segundos; ( )  $>3$  segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais?

Precordialgia ( )

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

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: NSF Data da punção 22/10/19

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

**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**

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

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

Alimentação: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT: Hora: Data: \_\_/\_\_/\_\_

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

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

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

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

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

Aspecto: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência  
( ) Outros: Observações:

**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**

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

Coloração da pele: ( ☒ ) Normocorada ( ☐ ) Hipocorada ( ☐ ) Clérica ( ☐ ) Cianótica Tumor da pele: ( ☒ ) Preservado

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

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:

Curativo em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Drano: ( ) Tipo/Aspecto:

Débito:

Retirado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Úlcera de pressão: ( ) Estágio:

**Local:**

**Descrição:**

Curativo : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**CUIDADO CORPORAL**

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

Higiene corporal: ( ☒ ) Satisfatória ( ☐ ) Insatisfatória

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

**SONO E REPOUSO**

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

ATUALIZAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

**COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**

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

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

## NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

## RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ☐ Praticante ☐ Não praticante. Observações:

## INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 25 / 06 / 19

HORA: 11:00 h



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Julio IDENOM Registró: \_\_\_\_\_ Leito: 0903 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): \_\_\_\_\_

Drogas (Sedação/Analgesia): \_\_\_\_\_

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

Mobilidade Física: (X) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local: \_\_\_\_\_

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

Obs: \_\_\_\_\_

OXIGENAÇÃO

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

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

(X) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (X) 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: \_\_\_\_\_

Gesometria arterial: PH \_\_\_\_\_ PCO2 \_\_\_\_\_ PO2 \_\_\_\_\_ HCO3 \_\_\_\_\_ EB \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SÉGUANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Julio Cesar Registro:                      Leito: 4-3 Setor Atual: 0101

**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 PSICOBIOLÓGICAS**

**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

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

GLASGOW(3-15):           

Drugs (Sedação/Analgesia):           

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

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

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

Obs:           

**O<sub>2</sub> ENAÇÃO**

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

( ) VMH ( ) 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 Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:           

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

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

Gasometria arterial: PH            PCO<sub>2</sub>            PO<sub>2</sub>            HCO<sub>3</sub>            EB            SpO<sub>2</sub>            Data:            /            /            Hora:           

**PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**

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

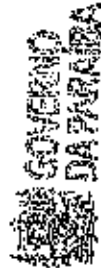
**SEGURANÇA FÍSICA**

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

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

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





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE LUÍZ GONÇAGA FERREIRO

RECEBIMENTO EM 2014

NOME:

Julio Cesar Silva

PROCATÁRIO

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	EMF:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------

DADOS CLÍNICOS:

06

VALERIA A EXAMINAR

16/06/14

EXAME SOLICITADO:

Rx Paux D AP PP

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

16/06/14

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



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: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 27/06/2019

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

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	18 24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 5D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF (susq)	08 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	18 18 24 06
5	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 4ML ABD,	14 24
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 24
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 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 DISTÚRBIOS

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  
OR. ORTOPEDIA - 1221 - ORTOLOGIA  
CRM - PA 15026

20  
06  
19

206A Pa: 120x80 T16: 7000118c  
3  
MONTESE FORTALAO Soares  
COREN-PB 843.811-TE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Clara de Almeida Registro: 9 Leito: 3 Setor Atual: Quarto

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 FISIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

OXIGENIZAÇÃO

Respiração: ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T  
( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O  
( ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:  
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) D ( ) E  
Ruidos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:  
Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:  
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água:  
Data de inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: SP02 Data: / / Hora:  
Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SP02

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Centro e Assinatura do Enfermeiro:

Janeiro, Luiz Gondim

ENFERMEIRO  
CRESSIN 508.860

DATA: 28/06/19

HORA: 11:55h

# INTERCORRÊNCIAS

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

## RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

### 5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

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

### COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

### 4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

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

### SONO E REPOUSO

Limpeza física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:  
Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

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

### CUIDADO CORPORAL

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

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retido em: / /

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

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

Coloração da pele: ( ) Normocrômica ( ) Hipocrômica ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado

Condição da pele: ( ) Inteira ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outras:

### INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

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

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

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

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

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

Alimentação: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gavage ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: Data: / /

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

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

### ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MST Data de punção: 29/08/19

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

Drugs vasodilatadoras: ( ) Quais?

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

Pele: ( ) Corada ( ) Hipocrômica ( ) Ciânose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.







**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Julio Cesar Silva Silveira Registro:                      Leito: 9-3 Setor Atual: ortoped.

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

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

**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**

Tela

**3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS**

**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

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

GLASGOW(3-15):           

Drogas (Sedação/Analgesia):           

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

Mobilidade Física: (x) Preservada ( ) Paralisia ( ) Plegia ( ) Parastesia Local: (x) prejudicada M.I.D

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

Obs:           

**O. VENTILAÇÃO**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**

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

**SEGURANÇA FÍSICA**

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

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

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

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

Paciente: JILIO 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) NAO HAS ( ) SIM (X) NAO  
 DEF. MOTORA ( ) SIM (X) NAO

ALERGIAS: NEGA

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL: BOM

AValiação Neurológica

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

SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA  
 ( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA ( ) DOR ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
 ( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
 ( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MIELENA ( ) SIBLOS ( ) TOSSE



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

DBS:

ENFERMEIRO/COREN  
 Miquelly Vanessa Pontes 365332

Miquelly Vanessa P. Marcelino  
 COREN-PB 569048-ENF



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

NOME: Julio Cesar Silva  
 IDADE: 25 SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASCIMENTO: 1 / 1 / às 10 00 h  
 SETOR: Urgência LEITO: 8  
 DIAGNÓSTICO MÉDICO: Ex. Tórax 17 06 18  
 ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS: \_\_\_\_\_  
 MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS: \_\_\_\_\_  
 DOENÇA CRÔNICA: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS: \_\_\_\_\_  
 PRESENÇA DE ESCARA: SIM ☐ NÃO ☒ LOCAL: \_\_\_\_\_  
 PRESSÃO ARTERIAL: HIPOTENSO ☐ NORMOPOTENSO ☒ HIPERTENSO ☐  
 SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☒  
 SISTEMA RESPIRATÓRIO: DISPÊNICO ☐ TAQUIPÊNICO ☐ EUPNÉICO ☒ BRADIPNÉICO ☐  
 SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE): NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐  
 DUSÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐  
 MOBILIDADE: DEÂMBULA ☒ DEÂMBULA C/ APOIO ☐ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐  
 TETRAPLEGIA ☐ HEMIAPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐  
 SIST. GAS. ROINTEATINAL: VO ☒ SNG ☐ SNE ☐  
 ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐  
 DADOS VITAIS: PA: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

☒ RISCO DE QUEDA CD/FR: ex. risco de queda  
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO CD/FR: \_\_\_\_\_  
☒ RISCO DE INFECÇÃO CD/FR: proced. invasivo  
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL CD/FR: \_\_\_\_\_  
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL CD/FR: \_\_\_\_\_  
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA CD/FR: \_\_\_\_\_  
☐ RISCO DE SANGRAMENTO CD/FR: \_\_\_\_\_  
☐ NÁUSEA CD/FR: \_\_\_\_\_  
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA CD/FR: \_\_\_\_\_  
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ CD/FR: \_\_\_\_\_  
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA CD/FR: \_\_\_\_\_  
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ 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: \_\_\_\_\_

Eliete da Silva

ENFERMEIRA

CPF: 09.388.305

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA

FR: FATOR RELACIONADO

### PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

### APRAZAMENTO

### ASSINATURA

☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS. 08 10  
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.  
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.  
☐ INSTALAR CATÉTER DE O<sub>2</sub> A DL/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) contínuo  
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO. "  
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE  
☐ RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE "



## SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE

NOME DO PACIENTE: JULLY COSTA DE A. SILVA IDADE 25

( ) PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA: 201 LEITO: 201 DATA 20/01/1971

**DIAGNÓSTICO:**

F. l'origine di una (2)

**MATERIAL ESPECIAL:**

Case 4.5 + PLAS DCD / no Hark interaction & TBM

**JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:**

**ASSINATURA E CARIMBO**

**PARECER DA DIREÇÃO TÉCNICA:**

**ASSENATURA 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

Clinica: ORTOPEDIA 1 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	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 24
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
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)	24
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



29/06/19 10:00hs Paciente aguarda procedimento cirúrgico, segue  
P.A 140x80 em cuidados da enfermagem.  
SPO: 98 Débito  
R: 71

29/06/19

Fe= 80  
PA= 120x80  
T= 36°C  
Sat 94%

Medicados em sem  
quixos aos cuidados  
de enferm

Maria Rêgina Gonçalves  
Coren-PB 304.155 - 122

Pele: ☒ Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.  
 Tempo de enchimento capilar: ☒  $\leq 3$  segundos; ( )  $> 3$  segundos. ( ) Turgência jugular: ( )  
 Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )  
 Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo  
 Cateter vascular: ☒ Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: ASE Data da punção: 27/06/19  
 Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações: Tala M.D.

#### ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: ☒ Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.  
 Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.  
 Alimentação: ☒ VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gástrica ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: 1 Data: 1  
 Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:  
 Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:  
 RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados  
 Eliminação intestinal: ☒ Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há 1 dias ( ) Outros:  
 Eliminação urinária: ☒ Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito 1 ml/h;  
 Aspecto: ( ) Outros: Observações:

#### INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ☒ Inteira ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:  
 Coloração da pele: ☒ Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado  
 Condições das mucosas: ☒ Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )  
 Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: 1 / 1 / 1

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: 1 Retirado em: 1 / 1 / 1  
 Úlcera de pressão: ( ) Estágio: 1 Local: 1 Descrição: 1 Curativo: 1 / 1 / 1

#### CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ☒ Parcialmente dependente. Observações:  
 Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ☒ Satisfatória ( ) Insatisfatória.  
 Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ☒ Outro: deambula com ajuda

#### SONO E REPOUSO

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

#### 4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

##### COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

#### 5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

##### RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

#### INTERCORRÊNCIAS

27/06/19 às 17:15 hs pde com dor M.D., sem medicação C.P.M. No auditório  
depois equipe

Karla R. L. Porto Queiroz  
 COREN-PB 166371-ENF

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Assinado  
 Karla R. L. Porto Queiroz  
 COREN-PB 166371-ENF

DATA: 27/06/19

HORA: 17:15 h



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: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 29/06/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 12h/12h	12 24
3	DIPIRONA SÓDICA 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
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	24
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

GOVERNO  
DA PARAÍBA

## 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: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 28/06/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	C
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 24
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	12 18 24 06
5	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. 1FRA 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 06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	24
9	FISIOTERAPIA MOTORA	C
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	C

## 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

AGUARDA 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

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

DIA 26/06/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 4D/7D (5050) Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 24 06
5	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. 1FRA 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 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: 26/06/2019 HORA: 11:13:08

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTÚRBIOS

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. ORTOPEDIA - R. 1000  
CRM - PB 9026



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 1 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 FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	<del>12</del> <del>24</del>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	<del>12</del> <del>18</del> <del>24</del> 06
4	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 4ML ABD.	<del>12</del> <del>24</del>
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<del>12</del> <del>24</del>
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	<del>12</del> 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	//

### EVOLUÇÃO

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

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo  
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 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 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	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h	12 2h
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 12h/12h 2D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 6h
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	12 18 24 6h
	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V, 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, 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 24
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 24h)	24
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

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

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE SEM DISTÚRBIOS

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  
Médico Diarista  
CRM: 10.848.190/0001-55



ATURA + CARIMBO  
Dr. Luiz Egito De Araujo  
CRM - P. 15.565



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

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 23/06/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 24
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 24 06
4	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 4ML ABD.	12 24
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 4h)	
	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 4h)	22 26

### EVOLUÇÃO

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

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

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



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	C
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h 0D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 24 Ricudo
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)	06
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 DISTÚRBIOS

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

Wagner Luiz Egito De Araujo  
CRM: 11111 - RBO 12/15



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: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

8

04

DIA 19/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SN
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	18 24
3	DIPIRONA SÓDICA 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 24
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)	14
6	ENOXAPARINA SÓDICA 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 DISTÉRMIAS

DOR +/4+

DIURESE E EVACUAÇÕES PRÉSENTES

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

HGT = 115

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/06/2019

Horas: 00:17:28

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

## 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: AMARELA Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 20/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	V
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h	12
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	12 18 00 09 09
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 09
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

## CONCLUSÃO

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

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTÚRBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Hallisson Barros De Almeida  
Hallisson Barros De Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 20112



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/06/2019

Horas: 12:59:57

Médico (a) Diarista : Jose Renna Gomes Da Silva

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

DIA 16/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Renna Gomes Da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	2x
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h	2x 20
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	1x 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	1x 02
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 24h/24h (ADM AS 14h)	1x
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	1x

### 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 PERIMPLANTE

CD: SOLICITO PRE-OP  
INTERNACAO HOSPITALARASSINATURA + CARIMBO  
Jose Renna Gomes Da Silva



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 21/06/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	6
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 24
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 24 26
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 24
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	24



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/06/2019

Horas: 01:30:12

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcão

## PRESCRIÇÃO MÉDICA *ol ol*

### 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: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 18/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	<i>500</i>
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	<i>12 24</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	<i>12 15 24 06</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>12 24</i>
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)	<i>14</i>
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	<i>20</i>

### OLUÇÃO

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

### ORTOPEDIA

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA NA PERNA DIREITA APOS MOTO CAIR SOBRE SUA PERNA COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL

HD: REFRATURA DA TIBIA DIREITA PERIMPLANTE

BEG, ESTÁVEL..

NV: OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

*Wagner Falcão*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8843  
ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner De Melo Falcão

GOVERNO  
DO MARANHÃO

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/06/2019

Horas: 06:49:26

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcão

## 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: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

8

OK  
OK

DIA 17/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcão /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	10 20
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 00 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 00
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)	04
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	04

## EVOLUÇÃO

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: REFRATURA DA TIBIA DIREITA PERIMPLANTE

BEG, ESTÁVEL..

NV: OK

CD: SOLICITO PRE-OP

ASSINATURA:   
Wagner De Melo Falcão  
CRM-148 8643

RX DE CONTROLE  
REALIZADO EM 1 10/1/13

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME: Julio Besson

ALA: Tuberculose

LEITO: 112

CONVÊNIO: SUS

DIAGNÓSTICO:

DATA: 01.07.19

**MEDICAMENTOS**

**HORÁRIO**

01/07/19

Amik

S. Isotras 1.000

Adaluma 1x106

Amik 1x106

Amik

Amik 1x106

Amik

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

Amik com febre e  
frigor, aumento  
de - urina

02/07/19

SEDA



NOME:

ALA:

Julio Cesar

6

LEITO: 112.1

MÉDICO:

D. R. Silva

IDADE:

25

DATA:

01/07/99

MANHÃ

Paciente admitido p/ procedimento cirúrgico, bem queixados no momento.

Marta Cristina Silva  
Assistente de Enfermagem  
COREN PB 654417

TARDE

Paciente evolui estável, consciente, orientado, afebril, eufórico; em vinoclor, dieta zero; aguarda cirurgia realizada cuidados e controles da enfermagem.

Marcilene Maciel de Silva  
Técnica de Enfermagem  
COREN PB 651.294

Obs: Realizado rax x p/ controle.

NOITE

Paciente estável, consciente, orientado, em P.O.I. de tornozelo segue em dieta zero até obter efeito anestésico bem intencional no momento dos cuidados da enfermagem.

Gislândia Santos Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN PB 165.367

NOITE

TARDE

MANHÃ

EXEMPLO DE USO  
CORRIGIR 04/01/97-17

Tratamento suspenso devido ao mau  
estado geral para receber visita  
hospitalar realizada curativo e  
lavar ferida

DATA: 02/04/19

HOSPITAL  
ANTONIO TARDINO



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Maria Rosa Silva  
IDADE: 25  
MÉDICO: Dr. R. L. T. T. T.

PACIENTE: <u>Julio Cesar, S/O</u>	
Nº DO PROMOTORIO:	Nº DO ATENDIMENTO:
DATA DA OPERAÇÃO: <u>02/07/19</u>	ENFERMARIA: <u>LEITO:</u>
OPERADOR: <u>Artur</u>	
1º AUXILIAR: <u>meu</u>	2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA:	TIPO DE ANESTESIA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Infarto do fígado D</u>	
TIPO DE OPERAÇÃO: <u>Infarto do fígado D</u>	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	
RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:	
EXAME RADIOLOGICO NO ATO:	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:	

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

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

com 10 cm de comprimento  
após a ligadura  
foi feita a drenagem  
com 10 cm de comprimento  
foi feita a drenagem  
com 10 cm de comprimento  
foi feita a drenagem  
com 10 cm de comprimento

Dr. Raulon Marinho de Costa  
CRM 3985-PR/13-199-PR  
TEOT 17.288

PACIENTE: Julio Cesar da Silva Almeida

CONVÊNIO: SUS

SUB ☒ PRONTUÁRIO: 953531/2350756 DATA: 02/07/19

CIRURGIA: Tret. cirurgica de fratura de Tibia ①

CIRURGIÃO: Dr. Poilton

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dr. Thiago Augusto

CIRCULANTE: Joana

SALA: 07

HORÁRIO: INÍCIO: 15:00 FINAL: 16:00

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	02
1899	AMINOFLINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROPINA	
265799	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	
122769	CEFAZOLINA 1g	
1767	CEFTRAXONA	
154666	CETROPROFENO IV	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	01
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	02
5673	DOPAMINA	
32190	EFEDRINA	
5339	FENERGAN	
2038	FIROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2046	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5308	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2062	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 8mg	01
69606	OMEPRAZOL 40mg	
70181	PROSTIGMINE	
70236	QUELICIM	
28819	RANITIDINA	01
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	01
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALPENTANILA	
8885	DIEMPAZ 10mg	
3025	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	01
125149	DIMORF 10mg	
69655	DORMONID	01
69639	DORMONID COMP.	
46850	FENOBARBITAL	
8859	HIDANTAL	
9952	KETALAR	
69620	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
146832	ULTIVA	
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
126233	CISATRACURIO	
9091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	2ml
2801	LIDOCAINA 2% CV	
2119	LIDOCAINA 2% SV	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2160	NEOCAINA 0.5% CV	
70750	NEOCAINA 0.5% SV	
1996	NEOCAINA PESADA	01
3212	NILPERIDOL	
142954	NOVAPUPI CV	
97449	NOVAPUPI ISOBARICA	
264680	NOVAPUPI SV	
2216	PANCURONIO	
82031	PROPOFOL	
142451	ROCURÔNIO	
24678	SEVOFLANE	
1945	XYLESTESIN SPRAY	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR P/ SORO	01
110089	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	01
161281	AG. RAQUI P/ OBESO BD	
4042	AGULHA DESCARTÁVEL Nº	02
	AGULHA PERIDURAL Nº	
	AGULHA RAQUI Nº	
2256	ALGODÃO HIDROFILO	028
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	038
	ATADURA CREPON Nº 20	04
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CAETER OXIGÊNIO	01
27880	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS +	05unid
142341	COMPRESSAS 25x28	10unid
	DRENO PENROSE Nº	
	DRENO SUÇÃO Nº	
	DRENO TÓRAX Nº	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
287393	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	40cm
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7.5x7.5	40pc
	GAZES	
3425	GELFOAN	
60917	GILETE	
	GUENDEL Nº	
3468	INTRA-CATH	
	JELCO Nº 18	01
	LÂMINA BISTURI Nº 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	MICROPOR LARGO	
	SCALPS Nº	
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	02
3689	SERINGA DE 10cc	02
3697	SERINGA DE 20cc	02
341797	SERINGA DE 60cc (bica longa/curta)	
	SONDA FOLEY Nº	
	SONDA NELATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	
	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	

COD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX Nº	
	ALGODÃO C/A Nº	
	ALGODÃO S/A Nº	
	CROMADO C/A Nº	
	CROMADO S/A Nº	
	ETHIBOND Nº	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL Nº	
41/03	MONONYLON Nº 2.0	2.0
	PROLENE Nº	
	VICRYL Nº	
COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ÁLCOOL	2ml
304000	CLOREXIDINA alcoólica	100ml
2631	ÉTER	
3603	DEGERMANTE	100ml
3611	PVPI TÓPICO	
4111	VASELINA	
COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	
	CAPNOGRAFO	
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	TC
	MICROSCÓPIO CIRUR.	
	MONITOR CARDIACO	TC
	NITROGÊNIO	
	OXIDO NITROSO	
	OXIGÊNIO 2l/m	TC
	OXÍMETRO DE PULSON	TC
	VÁCUO	
COD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	02
9180	S. GLUCOSADO 250ml	
9199	S. GLUCOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	
134489	VOLUMEN 6%	
COD.	OUTROS	QUANT.
	placa em TC/2 + 9	
	Furos. (01)	
	perçues corticais	
	(05) unid	

Erika Tatiana de Oliveira Costa  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PA 001165837

CONVÊNIO: SUS IDADE: 25a SEXO: ☒ M ☐ F ☒ ELETIVA ☐ URGÊNCIA  
☐ AMBULATORIAL  
NÚMERO DA CARTERA: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 INÍCIO: 15:00  
QUÍMICA DE INTERNAÇÃO: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 TERMINO: 16:00  
SENHA: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 HORÁRIO ESPECIAL: ☐ SIM ☒ NÃO  
DATA DE NASCIMENTO: ALERGA A CEFALOSPORINAS DATA: 01/02/19

Diagnóstico Pré-Operatório: \_\_\_\_\_  
1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares) Dr. Raikham 2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares) \_\_\_\_\_  
Equipe Anestesiológica Dr. Thiago Augusto CRM 6514 Instrumentador(a) \_\_\_\_\_  
Procedimentos Realizados: 1) Tto. craniotomia de fecho de fratura Códigos \_\_\_\_\_

Horário: 15:00 → 16:00  
AGENTES: ANESTESIA  
LÍQUIDOS VENCIDOS: ECG  
100% - 100% - 100%  
TENSÃO LOCAL: PA 180  
PA 150  
TEM 120  
PVC 80  
Infusão Anest. X  
Infusão Cirur. O  
Termino Cirur. X  
RESP: O ESP: CONT.  
RAIOL + SEDACOL Sem intercorrência

INDUÇÃO: ☐ Intalatório ☐ Oral ☒ ANESTESIA REGIONAL ☐ ANESTESIA REGIONAL ☐ PUNÇÃO ☐ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS: \_\_\_\_\_

A  
B  
C  
D  
E  
F  
G  
H  
I  
J  
K  
L  
M  
N  
O  
P  
Q  
R  
S  
T  
U  
V  
W  
X  
Y  
Z

Prontuário  
853512



Admissão  
2350758



Reservatório  
AMBULATORIO

Data: 01/07/2019 Hora: 08:24

Paciente  
ALDO CESAR SILVA OLIVEIRA (CPF: 110089981-7)  
Endereço  
CALLEJAS  
Bairro  
ZONA RURAL  
Nome da Mãe  
MARIA LUCIA DA SILVA  
Responsável  
ALDO CESAR SILVA OLIVEIRA  
Bairro  
ZONA RURAL

Data de Nascimento: 01/07/1973 Sexo: M  
Nº de Documento: 30111873-3  
Endereço: 30111873-3  
Cidade: CAMPINA GRANDE

Nº de Documento: 30111873-3  
Cidade: CAMPINA GRANDE

Endereço: 30111873-3  
Cidade: CAMPINA GRANDE

MISSÃO DE APOIO  
Data: 01/07/2019  
Hora: 08:24

Médico Assistente  
2302 RAULTON MARINHO DA COSTA (CPF: 00000000-0)  
Procedimento:

Médico Acompanhante  
2302 RAULTON MARINHO DA COSTA (CPF: 00000000-0)  
Data:

Sala: 1000  
Acomodação: 1000  
Data mín. para alta: 01/07/2019  
Data máx. para alta: 01/07/2019  
Arrendamento: SUICORRO

Resumo de Tratamento

Acompanhante: ? [ ] Sim [X] Não Data admissão: 01/07/2019 Data alta: 02/07/19  
Internação anterior: ? [ ] Sim [ ] Não Hora admissão: Hora alta: 08:00  
Alto: Curado [ ] Melhorado [X] Inicializado [ ] Causa Médica [ ]  
Piorado [ ] Apagado [ ] Indisposição [ ] Cirurgia [ ]  
Transfêrindo [ ] Falecimento [ ] Evazão [ ] Costância [ ]

Diagnóstico:

0408050543, 582,3  
A, 5,9,9

Histórico:

ORTESE PROTESE

Alto - 1  
Form - 2  
Trat - 3  
Outro - 4  
Razão X  
[X] Simples  
[ ] Contraste  
LIV  
Entrada  
Saída

Carrinho e Assinatura do Médico

Motivo: Caract. Trst. [ ]  
Sangue: [ ] Rh: [ ] [ ] A [ ] B [ ] C [ ] D [ ] E [ ] F [ ] G

01/07/19  
08:22:54

RX D: CONTROLE  
REALIZADO



**HOSPITAL**  
**ANTONIO TARGINO**

PACIENTE: Julio Cesar  
 N° DO PRONTO-SO: 119 N° DO ATENDIMENTO: LEITO  
 DATA DA OPERAÇÃO: 02/08/19 INTERMURIA: LEITO  
 OPERADOR: Artur PAUXILIAR: Lucas  
 PAUXILIAR: Lucas INSTRUMENTALISTA: Artur  
 ANESTESISTA: Artur TIPO DE ANESTESIA: gênio com tórax D  
 DIAGNÓSTICO DE OPERATÓRIO: gênio com tórax D  
 TIPO DE OPERAÇÃO: gênio com tórax D  
 DIAGNÓSTICO DE OPERATÓRIO: gênio com tórax D  
 RELATÓRIO DE EXATIDÃO PAULISTA:  
 EXAME DA MÃO: EXATIDÃO  
 ACIDENTE DA ANESTESIA: EXATIDÃO

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

VISTO: APTA PARA A OPERAÇÃO DE BASES EM AG. DE VITRIFICAÇÃO DE MEMBRANAS E LÍQUIDOS VITRIFICADOS

gênio com tórax D  
gênio com tórax D  
gênio com tórax D  
gênio com tórax D  
gênio com tórax D  
gênio com tórax D  
gênio com tórax D  
gênio com tórax D  
gênio com tórax D  
gênio com tórax D

Dr. Paulo Roberto da Silva  
 CRM 374.981/2-SP  
 15/01/1984

NOITE

TARDE

MANHA

1.º Lote de 100 kg  
Linha 100 kg

Clacato suco de goiaba com mel.  
muito bom para a digestão  
respiração normal e  
lata boa.

DATA: 02/07/19

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ANTONIO TRINDADE  
Nº 1051

Nome: Clacato suco de goiaba com mel  
Linha: 100 kg  
Data: 02/07/19

NOME **Yulio Verson**

RESIDÊNCIA **na planta**

LEITO: **112**

CCAVENHO **505**

DIAGNÓSTICO:

DATA **01/07/18**

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

**01/07/18**

**Qui - hms**

**ptx**

**S. Isidoro 1.000**

**18**

**06**

**Cefotax 1.000**

**18**

**06**

**D. Amr 1.000**

**18**

**04**

**planta**

**W. hms 1.000**

**18**

**Q. hms**

EVOLUÇÃO MÉDICA

**Planta com febre ex  
fria, febre por  
que - hms**

**02/07/18**

**SEDA**



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA**

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME:									
IDADE:	SEXO:	M	F	DATA DE NASCIMENTO:	/	/	às	:	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		NORMOPOTENSO		HIPERTENSO				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE		INCONSCIENTE		ORIENTADO				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO		TAQUIPNEICO		EUPNEICO		BRADIPNEICO		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL		POLÚRIA		OLIGÚRIA		SVD		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA		CISTOSTOMIA		ANÚRIA				
	DEÂMBULA		DEÂMBULA C/ APOIO		ACAMADO		S/ DEFICITE MOTOR		
	TETRAPLEGIA		HEMIAPLEGIA		PARESES		RESTRITO NO PEITO		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO		SNG		SNE				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO		DESNUTRIDO		OBESO		CAQUÉTICO		
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					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 CATÉTER DE O2 A DUMIN 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 (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).									
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTO-CUIDADO.									
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.									

Janella B. Luz Gondum  
EMPREGADORA  
CÓDIGO 12 508 860

DATA: 9/10/19 HORA: 10:48

( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

RELGIAO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPRITUALIDADE

( ) Aniedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	( ) Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:
--	-----------------	---

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

☐ Dependente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:  
☒ Saltsfatória ( ) Insatsfatória | Higiene corporal: ( ) Saltsfatória ( ) Insatsfatória | Higiene corporal: ( ) Saltsfatória ( ) Insatsfatória.

Drone: ( ) Tipo/Aspecto:	Débito:	Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: ( ) Estágio:	Local:	Descrição:
CUIDADO CORPORAL	Curativo: ____/____/____	

Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas		Manifestações de sede: ( )	Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:	Drano: ( ) Tipo/Aspecto:
Curativo em: ____/____/____				

Condição da pele: ( ) Inteira ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escorções ( ) Outros:	Condição da pele: ( ) Normocrada ( ) Hipocrada ( ) Ictérica ( ) Clidrica	Tumor da pele: ( ) Preservado
---	--	-------------------------------

Eliminatio	Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:	Eliminatio urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h:
------------	---	--

Alimentação: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anaxura ( ) Oropharinge

Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissacção. Localização: WST

Estado vascular: ( ) Ritmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Data da punção 29/0

re: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquedida.  
 Tempo de enchimento capilar: ( )  $\leq 3$  segundos; ( )  $> 3$  segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Julio Davson Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 93 Setor Atual: orto

**SINAIS VITAIS**

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 ( ) Outro

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

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

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local: Preservada M.D.

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

Obs: \_\_\_\_\_

**OXIGENAÇÃO**

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

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

( ☒ ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispneia ( ) Outros: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

**PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**

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

**SEGURANÇA FÍSICA**

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

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

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



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

Tempo de enchimento capilar: ( )  $\leq 3$  segundos; ( )  $> 3$  segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais?

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

Cateter vascular: (X) Perfêrico ( ) Central ( ) Disssecção. Localização: NSE Data da punção 22/06/19

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Alimentação: (X) VVO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: Data: / /

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

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

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

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

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

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

Coloração da pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Tumor da pele: (X) Preservado

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

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

Limite físico: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

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

4. NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo:

( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

150463-ENF  
150463-ENF  
150463-ENF

DATA: 25/06/19

HORA: 11:00 h

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Julio Inacio Registro: 0903 Leito: 0903 Setor Atual: UTI

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:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado (X) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outr  
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgésia):  
Pupilas: (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Míóticas ( ) Midríaticas  
Mobilidade Física: (X) Preservada ( ) Parética ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:  
Linguagem: ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:  
Oxigenação  
Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T  
( ) VMI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O  
(X) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispneia ( ) Outros:  
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (X) 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 de inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: 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  
Pulso: (X) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheilo.

INSTITUTO DE ENFERMAGEM  
 Rua 15 de Novembro, 100  
 Centro, Rio de Janeiro, RJ

Paciente epifor, comumente  
 orientado, em P.O.I. de forma  
 regular em até 300 a 400 por  
 minuto com frequência de 10 a 15  
 segundos no momento de acordar  
 do engemamento.

NOTA

Paciente com ataxia, comumente  
 ginefada, caput, eufemias, em unguis  
 de ta que, agnada, com gta  
 ualigado, cuidados com gta  
 da infusão de  
 Odo: Relizado para X de correa.

TAB 22

INSTITUTO DE ENFERMAGEM  
 Rua 15 de Novembro, 100  
 Centro, Rio de Janeiro, RJ

Paciente aduado p/ no cuidado  
 orgânico, bem guetida no  
 assunto.

MANHA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		DATA: 01/03/09
NOME: <b>ANTONIO TARGINO</b>	SOBRENOME: <b>ANTONIO</b>	ID: <b>10000000000000000000</b>
NOME: <b>ANTONIO TARGINO</b>	SOBRENOME: <b>ANTONIO</b>	ID: <b>10000000000000000000</b>
NOME: <b>ANTONIO TARGINO</b>	SOBRENOME: <b>ANTONIO</b>	ID: <b>10000000000000000000</b>

Pele: ☒ Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.  
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )  
Drogas vasoativas: ( ) Quais? \_\_\_\_\_ Precordialgia ( )  
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo  
Cateter vascular: ☒ Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: M56 Data da punção 25/06/19  
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:  
**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**  
Tipo alimentar: ☒ Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.  
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.  
Alimentação: ☒ VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:  
Abdômen: ☒ Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:  
RHA: ( ) Normotivos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados  
Eliminação intestinal: ☒ Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há \_\_\_\_ dias ( ) Outras:  
Eliminação urinária: ☒ Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito \_\_\_\_ ml/h;  
Aspecto: ( ) Outras: \_\_\_\_\_ Observações:  
**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**  
Condição da pele: ☒ Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:  
Coloração da pele: ☒ Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Tumor da pele: ( ) Preservado  
Condições das mucosas: ☒ Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( ).  
Inalação cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: \_\_\_\_\_ Curativo em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: \_\_\_\_\_ Débito: \_\_\_\_\_ Retirado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Descrição: \_\_\_\_\_ Curativo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**CUIDADO CORPORAL**  
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ☒ Parcialmente dependente. Observações:  
Higiene corporal: ☒ Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.  
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:  
**SONO E REPOUSO**  
☒ Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:  
**4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS**  
**COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**  
Comunicação: ☒ Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:  
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:  
**5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**  
**RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**  
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:  
**INTERCORRÊNCIAS**

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  
GILSON S. RODRIGO  
ENFERMEIRO  
CRM-PR 439.384

DATA: 26/06/19 HORA: 16:30 h

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Julio Cesar Registro:                      Leito: 43 Setor Atual: 070 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 FISIOLÓGICAS**

**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

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

GLASGOW(3-15):           

Drogas (Sedação/Analgesia):           

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

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

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

Obs:           

**OXIGENAÇÃO**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**

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

**SEGURANÇA FÍSICA**

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

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

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

GOVERNO  
DA PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E UTI - UVA DE CORUÇA FERREIRA

UNIDADE DE EMERGÊNCIA

NOME:

Johnathan Silva

RESPOSTA

DATA DE NASCIMENTO

IDADE:

SEXO:

COR:

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

EMER:

DADOS CLÍNICOS:

06

ATENDIMENTO

DATA DE SOLICITAÇÃO:

Re Pense @ AP PR

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

16/06/15

HORA DA SOLICITAÇÃO:

DR. GUSTAVO FERREIRA  
ORIENTADOR

RESPOSTA DE PLANO DE SOLICITAÇÃO



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Julia Lima Silva de Almeida Registro: 3 Leito: 3 Setor Atual: CCU-PS

**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 FISIOLÓGICAS**

**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ☒ ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Foto-reagentes ( ) Mióticas ( ) Mídrílicas

Mobildade Fílea: ( ☒ ) Preservada ( ) Pareia ( ) Plegia ( ) Paratonia 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: Murmúro vesicular presente: ( ) Diminuído ( ) 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:

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

**PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**

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

**SEGURANÇA FÍSICA**

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

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

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

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_

- ☐ Centro cirúrgico \_\_\_\_\_  
☐ Internação (seu) \_\_\_\_\_  
☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_

☐ Alta hospitalar / ☐ Alta revolta

☐ Decisão Médica

☐ Óbito

x *Rafael Alves Silva*  
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE


30/06/19

14h4 1a: 120x80

Locumti astori, comaciantti ouintade  
im amecili, hiqui am quivab.  
Aic: Nofissaf-onhato Soares  
GOREN-P8 843811-TE

39'40  
30/06/19

Locumti amecili  
Nofissaf-onhato Soares  
GOREN-P8 843811-TE

5at | 58%  
7a-120x80  
T: 36°  
6e-90

28.06.19 08hA Pa: 120x80

Procedimento incluído, com o intuito de  
um novo estudo, realizado pelo Dr. A. A. A.

Seguindo assim o mesmo. Ficou: ~~maneira~~  
Mônica Fortunato Soares  
COREN-PB 043.811-TE



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA**

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME:									
IDADE:	SEXO:	M	F	DATA DE NASCIMENTO:	/	/	de	:	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		NORMOPOTENSO	HIPERTENSO					
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE		INCONSCIENTE	ORIENTADO					
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO		TAQUIPÊNICO	EUPNÉICO		BRADIPNÉICO			
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURSE)	NORMAL		POLÚRIA	OLIGÚRIA		SVD			
MOBILIDADE:	DUSÚRIA		CISTOSTOMIA	ANÚRIA					
	DEÂMBULA		DEÂMBULA C/ APOIO	ACAMADO		S/ DEFICITE MOTOR			
	TETRAPLEGIA		HEMIAPLEGIA	PARESIA		RESTRITO NO PEITO			
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO		SNG	SNE					
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO		DESNUTRIDO	OBESO		CAQUÉTICO			
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				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 CATÉTER DE O <sub>2</sub> A DL/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 DECÚBITO 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 RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.									

20  
06  
19

20hA Pa: 120x80

Tio: *Momajisc*  
3  
Mariana Fortunato Soares  
COREN-PB 843.811-TE



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: 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 FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h	12 24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 5D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF (SUSP)	08 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 24 06
5	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 4ML ABD,	14 27
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 06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)	27
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 DISTURBIOS

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  
OR. ORTOPEDIA - OR. ORTOLOGIA  
CRM - RJ 14026



Pele: ☒ Corada ☐ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Sudorese ☐ Fria ☐ Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: ☒  $\leq 3$  segundos; ☐  $>3$  segundos. ☐ Turgência jugular: ☐

Drogas vasoativas: ☐ Quais? ☐ Precordialgia ☐

Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica ☐ Arritmica ☐ Sopros ☐ Outros. Marcapasso: ☐ Transitório ☐ Definitivo

Cateter vascular: ☒ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção. Localização: MSE Data da punção: 25/06/19

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

**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**

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

Dentição: ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ Prótese.

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

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

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

RHA: ☒ Normotivos ☐ Ausentes ☐ Diminuídos ☐ Aumentados

Eliminação intestinal: ☒ Normal ☐ Líquida ☐ Constipado há dias ☐ Outros:

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

Aspecto: ☐ Outros: Observações:

**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**

Condição da pele: ☒ Inteira ☐ Ressecada ☐ Equimoses ☐ Hematomas ☐ Escoriações ☐ Outro:

Coloração da pele: ☒ Normocrada ☐ Hipocorada ☐ Ictérica ☐ Cianótica; Tumor da pele: ☐ Preservado

Condições das mucosas: ☒ Úmidas ☐ Secas; Manifestações de sede: ☐

Inclusão cirúrgica: ☐ Local/Aspecto: Curativo em:   /  /  

Dreno: ☐ Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em:   /  /  

Úlcera de pressão: ☐ Estágio: Local: Descrição: Curativo:   /  /  

**CUIDADO CORPORAL**

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

Higiene corporal: ☒ Satisfatória ☐ Insatisfatória; Higiene Corporal: ☐ Satisfatória ☐ Insatisfatória.

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

**SONO E REPOUSO**

☒ Preservado ☐ Insônia ☐ Dorme durante o dia ☐ Sono interrompido. Observações:

**4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

**COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**

Comunicação: ☒ Preservada ☐ Prejudicada; Sentimentos e comportamentos: ☐ Cooperativo ☐ Medo;

☐ Ansiedade ☐ Ausência de familiares/visita ☐ Outros:

**5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**

**RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**

Tipo: ☐ Praticante ☐ Não praticante. Observações:

**INTERCORRÊNCIAS**

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

*James S. Cruz Gondim*  
**ENFERMEIRO**  
 COREN PB 508.860

DATA: 28/06/19

HORA: 16:25h

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 DATA NASCIMENTO  
112.069.904-57 30/11/1993

FILIAÇÃO  
ANTONIO LOPES DA  
SILVEIRA  
MARIA LUCIA DA SILVA

PERMISSÃO ACC CAT HAB  
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  
17/02/2014

Antonio Chaves Borges  
Diretor Administrativo - DETRAN/PB

940474403:  
PB0315092:

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - PB PARAIBA

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1169405610

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1169405610



PROIBIDO PLASTIFICAR

1169405610



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1169405610



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

NOME JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

DOC IDENTIDADE / Org EMISSOR UF  
3956191 SSDS PB

CM 112.069.904-57  
DATA NASCIMENTO 30/11/1993

— FILIAÇÃO —  
ANTONIO LOPES DA  
SILVEIRA  
MARIA LUCIA DA SILVA

— REVISTO —  
— ACC —  
— CATEG — AD

1ª EMISSÃO 02/09/2013

VALIDADE 24/11/2020

Nº REGISTRO 05868134171



OBSERVAÇÕES: EXERCE ATIV REMUNERADA;

*Julio Cesar Silva Silveira*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO 17/02/2014

ASSINATURA DO EMISSOR

940474403  
PB0315092

X D-TRAN-PB (PARABÁ)

## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QSD1758

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2018

Proprietário: \*\*\*\*\*

Placa: QSD1758

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/CG 160 START

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DA JUSTICA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VA	COO. BENEFICAM	RTS	EXERCICIO
			2018
NOME / ENDEREÇO			
*****			
INSCRIÇÃO		PLACA	
		QSD1758	
PLACA ANT./UF		CLASS	
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSA / MOTOCICLET		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 160 START		2018	2018
CAP. POT. CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
	PARTICULAR	PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
		31/10/2019	1º
IPVA	PAGA IPVA	PARCELAMENTO COTAS	
			2º
			3º
PREMIO LICENCIACAO		PREMIO TOTAL	DATA DE PAGAMENTO
OBSERVAÇÕES			
ALIENACAO FIDUCIARIA			
LOCAL		DATA	
CAMPINA GRANDE		29/10/2019	



[illegible][illegible]

## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QSD1758

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2018  
 Proprietário: \*\*\*\*\*  
 Placa: QSD1758  
 Combustível: GASOLINA  
 Marca/Modelo: HONDA/CG 160 START  
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET  
 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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DA JUSTICA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VR	COO. RENAVAM	PLT	EXERCICIO
			2018
NOME / ENDEREÇO			
*****			
INFORMAC		PLACA	
		QSD1758	
PLACA ANTIG		CHASSI	
ESPECIE / TIPO		COMBUSTIVEL	
PASSA / MOTOCICLET		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 160 START		2018	2018
CAP. POT. / CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
	PARTICULAR	PRETA	
COSE UNICA	VENC. COSE UNICA	VENC. COSE UNICA	
	31/10/2019	1º	
PARA TITULO	PARCELAMENTO / COSE UNICA	2º	
		3º	
PREMO LIQUIDOR (R\$)	PREMO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
ALIENACAO FIDUCIARIA			
LOCAL		DATA	
CAMPINA GRANDE		29/10/2019	

2006-2016[illegible]



# 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

**Valoração 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

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 16/06/2019

**Titular do CPF:** JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 16/06/2019

**Titular do CPF:** JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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