

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

15/08/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

201448360703

VALOR TOTAL:

7.087,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVERTON ERICK DA SILVA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000114743

Número da Autenticação

156835B95EC3EB4A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014483607**Cidade:** Santa Rita**Natureza:** Invalidez**Vítima:** EVERTON ERICK DA SILVA GOMES**Data do acidente:** 18/03/2014**Emissor do parecer:** Carolina Maia Santos de Oliveira**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 906387

PARECER

Data da análise:	02/07/2014
Valoração do IML:	0,00
Perícia médica:	Não
Diagnóstico:	TRAUMA EM MID
Resultados terapêuticos:	TRATAMENTO CIRURGICO
Sequelas permanentes:	LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MID
Sequelas:	Com sequela
Conduta mantida:	
Quantificação das sequelas:	DANO GRAVE EM MID
Documentos complementares:	
Observações:	
Valor pleiteado:	13.500,00
Médico avaliador:	RAFAEL OLIVEIRA
UF do CRM do médico:	RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	75

Valor avaliado: 7.087,50

DECLARAÇÃO

Eu, **EVERTON ERICK DA SILVA GOMES**, brasileiro, solteiro, comerciante, portador do RG nº 3.771.044 e cadastrado no CPF sob nº 101.736.454-02, pela presente, venho declarar para os fins de direito, junta a Seguradora LIDER, que já regularizei a situação e liberei o limite de valores da Conta de minha titularidade, cujo os dados seguem abaixo. No oportuno desta, solicito reprogramação do Valor referente a minha indenização do Seguro DPVAT.

Banco: Caixa Econômica Federal

Agência: 1914

Oper. 013 – Poupança

Conta: 114.743-2

Certo da satisfação.

No aguardo das providências.

Santa Rita-PB, 21 de Julho de 2014.



Everton Erick da Silva Gomes

Beneficiário



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, EVERTON ERICK DA SILVA GOMESPORTADOR(A) DO RG Nº 3.771.044 EXPEDIDO POR SP/PB EM 15/07/09 ECPF 00000000000 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO COMERCIAL

E RENDA MENSAL DE R\$ 878,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EVERTON ERICK DA SILVA GOMES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 1911 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 114.743-2

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

LOCAL Santa Rita - PB DATA 21/07/14ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Everton Erick da Silva Gomes

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. SAPE

DATA: 25/07/2014

HORA: 11:31:43

TERMINAL: 09221910

CONTROLE: 092219100294

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1914.013.00114743-2

NOME: EVERTON ERIK DA SILVA GOMES

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE:

0319070255

NÚMERO DE CONTROLE:

205093949

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2014

Carta nº: 4568079

A/C: EVERTON ERICK DA SILVA GOMES

Sinistro: 2014483607
Vitima: EVERTON ERICK DA SILVA GOMES
Data Acidente: 18/03/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2014

Carta nº: 4933010

A/C: EVERTON ERICK DA SILVA GOMES

Sinistro: 2014483607
Vítima: EVERTON ERICK DA SILVA GOMES
Data Acidente: 18/03/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **EVERTON ERICK DA SILVA GOMES**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **00000114743-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =

R\$ 7.087,50

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 7.087,50

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



L 78



HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA
Sistema de Urgência e Emergência
Ficha de Atendimento de Urgência

Atendimento: 1193825 Prontuário: 153943 Data/Hora: 18/04/2014 18:41:37
 Paciente: EVERTON-ERICK SILVA GOMES Sexo: MASCULINO
 Idade: 27 anos 5 meses 25 dias Doc:
 Endereço: R ANTONIO FERREIRA NUNES Num: 15
 Bairro: CENTRO Cidade: SANTA RITA
 Convênio: UNIMED JOAO PESSOA Plano: BASICO
 Carteira: 0335002000645107 Tipo: ATENDIMENTO (URGÊNCIA)

Classificação de Risco Senha: PA0043 Usuário: WANDIMA DE J O LOPES
 Hora Total: 18:35:34 Fim Classificação: 18:38:19

Prioridade: AMARELO - URGENTE Especialidade: CIRURGIA GERAL
 Queixa Principal: COLISÃO MOTO X MOTO HÁ CERCA DE 2 HORAS. APRESENTANDO MULTIPLA ESCORIAÇÕES + DOR EM MID.
 Fluxograma/Sintoma: TRAUMA MAIOR Discriminadores: DOR MODERADA?
 O ração: NEGA COMORBIDADES E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Sinais Vitais

SPO2:100%

Anamnese

Queixa Principal / HDA

*Paciente vítima de acidente
 Automobilístico, colisão moto
 x moto.
 Exame Físico: Consciente, orientado, dor
 e aumento importante da articulação
 do joelho D (hematoma?).*

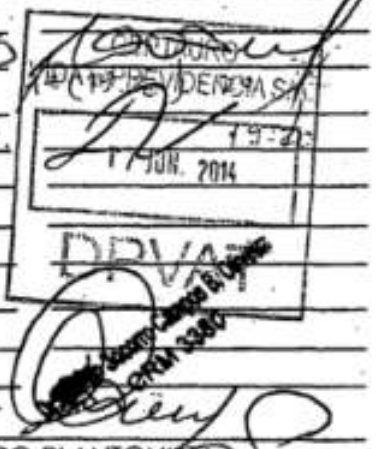
Alergia: Medicação em Uso:
 Hipótese Diagnóstica: *fratura de joelho*

Exames de Imagens : ☐ ECG ☐ RX ☐ TC ☐ USG ☐ TC ☐ TC - Contraste ☐ OUTROS

Exames Laboratoriais : ☐ HEM ☐ URE ☐ CREAT ☐ GLIC ☐ URE ☐ NA+ ☐ K+ ☐ ENZ.CARI
☐ TGO ☐ TGP ☐ BILIR ☐ FOSFAT ☐ DENG OUTROS

Prescrição Data/Hora: : h **Horário**

*Di latil 10mg
 Ringer lactato
 Dipirona 1g
 Observar
 Fratura de patela
 Fratura de cándula parietal
 hematomas
 H. em f. d. -
 H. em f. d. -
 H. em f. d. -*



MEDICO PLANTONISTA

10.000 de natu
 (CRM) 08 2831
 594-00

Evolução de Enfermagem

18/04/2014 10:43:53

Data/Hora 18/04/14

19:30 paciente vítima de acidente colisão moto com moto, medical
temperatura normal, encaminhado p/ COT R. Paulo D.
segundo critérios de triagem.

Assinatura / CRM
 Téc. Enfermagem
 0025124-4/20

Sinais Vitais Data/Hora / / : h

PA:

Evolução Médica Data/Hora / / : h

Assinatura / CRM

Paciente / Responsável

Electrocardiograma (Laudos):

foco de Entrega de ECG ao Paciente/Responsável

Data/Hora / / : h

Destino do Paciente:

553-8

☐ Residência

☒ Apto/Alojamento

☐ Evasão

☐ Alta a pedido

☐ UTI

☐ Bloco Cirurgico

☐ Transferência

☐ Obito

Diagnóstico/CID de Alta:

Data/Hora de alta 18/04/14 22:50 h

Assinatura / CRM

CLIENTE: Sr.(a)

Everton Erick Silva
Júnior

Laudos Médicos

110572.4
582.0

Paciente vítima de acidente
de trânsito lateral/punhal
Direito com ferimentos e comi-
unicação. Sofreu também
fratura de perna st.
grave com grande cominuição
e perda óssea em 18/04/2014

Dr. José Gutierrez C. Jr.

033 001738

Hospital Unimed

Av. Ministro José Américo de Almeida (Bela Rio), 1450 - Torre
Tel.: (83) 2106.0216 - Fax: (83) 3241.4329
CEP: 58040-300 - João Pessoa - Paraíba

27/04/2014

Obs.: Voltando à consulta
queira trazer esta receita.

CÓD. 592

CENTAUR
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

17 JUN. 2014

DPVAT

ANS Nº 32104-4

F(G) APC.006



SOLICITAÇÃO PARA INTERNAÇÃO

NOME: Everton Emanoel Silva Gomes.

DATA: 18/04/14 HORA: 21:50

PROVÁVEL DIAGNÓSTICO: frat. cte fêmur. 1193825

QUADRO CLÍNICO:

CONSCIENTE/ ORIENTADO

SIM ☒

NÃO ☐

ACAMADO

SIM ☒

NÃO ☐

USO DE SONDAS + OXIGENOTERAPIA

SIM ☐

NÃO ☒

SINAIS DE INFECÇÃO

SIM ☐

NÃO ☒

GRAU DE DEPENDÊNCIA

A ☐

B ☒

C ☐

D ☐

IDENTIFICAÇÃO:

PULSEIRAS

SORO E ACESSO VENOSO

SIM ☒

NÃO ☐

CONEXÃO 2 VIAS

CONDIÇÕES HIGIÊNICAS

SIM ☒

NÃO ☐

RETIRADA DE ADORNOS

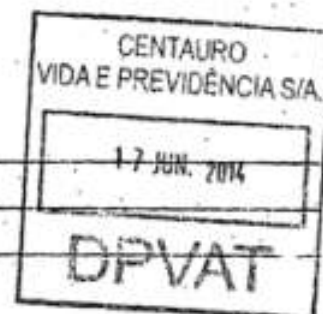
SIM ☒

NÃO ☐

E ROUPAS ÍNTIMAS

(quando encaminhado ao Centro Cirúrgico)

Obs: Conteúdo



ENFERMEIRO

Al. da Silva
Enfermeiro
CO-EN 308106

CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

DT 119 3825



LAUDO MÉDICO

Solicitação de:

- | | |
|--|---|
| ☐ Diária de UTI | ☐ Uso de Oxigenadores |
| ☐ Mudança de Procedimento | ☐ Procedimento de Alto Custo |
| ☐ Prorrogação de Internamento | ☐ Outros |

Nome do paciente: _____ Nº GICH: _____

Código Usuário: _____ Hospital: _____

Data Internação: ____/____/____ Previsão de Alta: _____

Justificativa: (Detalhada e Legível)

*o ptt. necessita de
internação faciel
cobrada.
medicx.*

Dr. Ronaldo Soares de Sousa
CRM 033.000/133/024/100 2039
10/11/11 17:32:57-45

Data:

18/04/2014

Ass: Médico Solicitante
CRM: _____

Auditor:

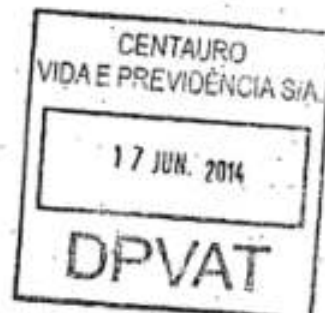
Data:

____/____/____

Ass: Médico Auditor

1ª Via - Unimed | 2ª Via - Anexar ao Prontuário Médico

ANS Nº 32104-4



CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

REGISTRO DE TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR

EVERTON ERICK SILVA GOMES
At 1193625 UNIMED JOAO PESSC
Dt Atend.: 18/04/2014 18:41:37
Carteira: 0335002000845107

Nome:		Data de Nasc:	
Atendimento:	Sexo:	Idade: <u>21</u>	
Mãe:	Convênio:		

DATA: 18/04/14 HORA: 19:__h.

DE PA UVT PARA: CDI

MOTIVO DO TRANSPORTE: Rx polio D.

DEFINIR GRAVIDADE DO PACIENTE: ☒ NÃO CRÍTICO ☐ CRÍTICO ☐ POTENCIALMENTE CRÍTICO

TIPO DE TRANSPORTE: ☒ BÁSICO ☐ MÉDIO ☐ AVANÇADO

RELEVÂNCIA DO EXAME: ☐ CONTROLE ☒ DIAGNÓSTICO ☐ TERAPÊUTICO

INTERCORRÊNCIAS DURANTE O TRANSPORTE: ☐ SIM ☐ NÃO

QUAL _____

ENFERMEIRA - ASSINATURA/CARIMBO

DATA: __/__/__ HORA: __:__h.

DE _____ PARA: _____

MOTIVO DO TRANSPORTE: _____

DEFINIR GRAVIDADE DO PACIENTE: ☐ NÃO CRÍTICO ☐ CRÍTICO ☐ POTENCIALMENTE CRÍTICO

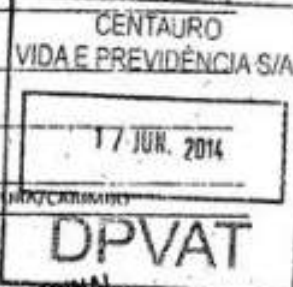
TIPO DE TRANSPORTE: ☐ BÁSICO ☐ MÉDIO ☐ AVANÇADO

RELEVÂNCIA DO EXAME: ☐ CONTROLE ☐ DIAGNÓSTICO ☐ TERAPÊUTICO

INTERCORRÊNCIAS DURANTE O TRANSPORTE: ☐ SIM ☐ NÃO

QUAL _____

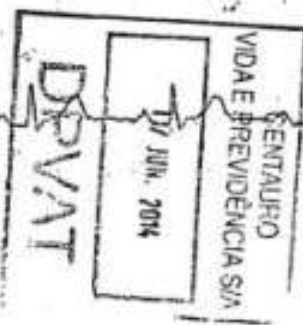
ENFERMEIRA - ASSINATURA/CARIMBO



CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

data 18/06/19
hora: 21:55 hrs

Lee End Jackson
515308



CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

At. 1193887

3673017

1 - Registro ANS Nº 32104-4		2 - Nº Guia Principal		4 - Data de Autorização		5 - Sexo		6 - Data Validade de Serviço		7 - Data 24-ABR-2014	
8 - Plano				10 - Validade da Carteira		11 - Nome				12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
3 - Código na Operadora CNPJ/CPF				14 - Nome do Contratado				15 - Código CIES			
6 - Nome do Profissional Solicitante				17 - Conselho Profissional		18 - Número no Conselho		19 - UF		20 - Código CBO I	
21 - Data 24-ABR-2014											
22 - Centro de Solicitação		23 - CID 10		24 - Indicação Médica (descrever a patologia e o exame solicitado) <i>Exatidão de Exame</i>							
25 - Emissão (diagnóstico) Emergência		26 - Código do Procedimento <i>Intensificador de Imagem</i>									
27 - Descrição <i>Intensificador de Imagem</i>											
28 - Data 24-ABR-2014											
29 - Data 24-ABR-2014											
30 - Data 24-ABR-2014											
31 - Data 24-ABR-2014											
32 - Data 24-ABR-2014											
33 - Data 24-ABR-2014											
34 - Data 24-ABR-2014											
35 - Data 24-ABR-2014											
36 - Data 24-ABR-2014											
37 - Data 24-ABR-2014											
38 - Data 24-ABR-2014											
39 - Data 24-ABR-2014											
40 - Data 24-ABR-2014											
41 - Data 24-ABR-2014											
42 - Data 24-ABR-2014											
43 - Data 24-ABR-2014											
44 - Data 24-ABR-2014											
45 - Data 24-ABR-2014											
46 - Data 24-ABR-2014											
47 - Data 24-ABR-2014											
48 - Data 24-ABR-2014											
49 - Data 24-ABR-2014											
50 - Data 24-ABR-2014											
51 - Data 24-ABR-2014											
52 - Data 24-ABR-2014											
53 - Data 24-ABR-2014											
54 - Data 24-ABR-2014											
55 - Data 24-ABR-2014											
56 - Data 24-ABR-2014											
57 - Data 24-ABR-2014											
58 - Data 24-ABR-2014											
59 - Data 24-ABR-2014											
60 - Data 24-ABR-2014											
61 - Data 24-ABR-2014											
62 - Data 24-ABR-2014											
63 - Data 24-ABR-2014											
64 - Data 24-ABR-2014											
65 - Data 24-ABR-2014											
66 - Data 24-ABR-2014											
67 - Data 24-ABR-2014											
68 - Data 24-ABR-2014											
69 - Data 24-ABR-2014											
70 - Data 24-ABR-2014											
71 - Data 24-ABR-2014											
72 - Data 24-ABR-2014											
73 - Data 24-ABR-2014											
74 - Data 24-ABR-2014											
75 - Data 24-ABR-2014											
76 - Data 24-ABR-2014											
77 - Data 24-ABR-2014											
78 - Data 24-ABR-2014											
79 - Data 24-ABR-2014											
80 - Data 24-ABR-2014											
81 - Data 24-ABR-2014											
82 - Data 24-ABR-2014											
83 - Data 24-ABR-2014											
84 - Data 24-ABR-2014											
85 - Data 24-ABR-2014											
86 - Data 24-ABR-2014											
87 - Data 24-ABR-2014											
88 - Data 24-ABR-2014											
89 - Data 24-ABR-2014											
90 - Data 24-ABR-2014											
91 - Data 24-ABR-2014											
92 - Data 24-ABR-2014											
93 - Data 24-ABR-2014											
94 - Data 24-ABR-2014											
95 - Data 24-ABR-2014											
96 - Data 24-ABR-2014											
97 - Data 24-ABR-2014											
98 - Data 24-ABR-2014											
99 - Data 24-ABR-2014											
100 - Data 24-ABR-2014											

EVERTON ERICK SILVA GO
At: 1193887 UNIMED J
Dt Atend: 18/04/2014 22:2
Carteira: 033500200084511

553B

033 110176

HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA

BL 000 CIRURGICO

DE
MIDIA E REVENDE
CIA S/A

24-ABR-2014

CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

Paciente: **EVERTON ERICK SILVA GOMES**

Atendimento: **1193887**

Convênio: **3 UNIMED JOAO PESSOA**

Plano: **1 BASICO**

Matrícula: **0335002000645107**

N.º Gula:

Titular: **EVERTON ERICK SILVA GOMES**

Senha:

Filiação: **JOSIVALDO DA SILVA GOMES**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

ROSANGELA NUNES DA SILVA

Nascimento: **24/10/1992** 21a 5m 24d

Sexo: **MASCULINO** Identidade: **3771044**

End. Pac.: **R ANTONIO FERREIRA NUNES**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **SANTA RITA**

UF: **PB**

CEP.: **58300190**

Telefone(s): **8833.8710**

Prontuário: **153943**

N. Dias de Autoriz.:

CID: **S728**

Dt. e Hr. Intern.: **18/04/2014 22:28**

Médico(s): **OUTENBERG PASSOS GOMES NO FILHO**

CRM: **000968**

Tel.:

Procedimento(s):

52120104 FRATURAS DO FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO



Usuário: **LUZIVANIA RAMALHO DA SILVA FONTES**

18/04/2014

CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

Partes contratantes ou nomeadas no CONTRATO

PACIENTE: EVERTON ERICK SILVA GOMES

Portador da Cédula de Identidade nº 3771044 - SSP PE CPF nº _____

Estado Civil: S Nacionalidade: BRASILEIRO

Residente na: R ANTONIO FERREIRA NUNES - - CENTRO

Nº: 15 Cidade: SANTA RITA Estado: PB

Telefones: 8833.8710

RESPONSÁVEL: (o acompanhante/responsável. Na ausência do acompanhante/responsável o paciente passa a ser o Responsável):
EVERTON ERICK SILVA GOMES

Portador da Cédula de Identidade nº 3771044 CPF nº _____

Estado Civil: S Nacionalidade: BRASILEIRO

Residente na: R. ANTONIO FERREIRA NUNES - - CENTRO

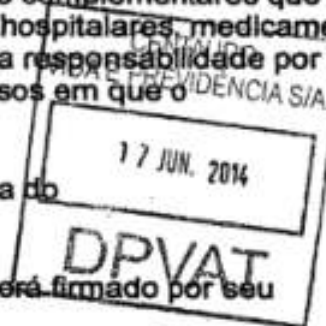
Nº: 15 Cidade: SANTA RITA Estado: PB

Telefones: 8833.8710

CONTRATADA: Hospital Unimed João Pessoa, inscrito no CNPJ 08.680.639/0003-3
Inscrição Estadual Isenta, com sede nesta Capital, na Avenida Ministro José Américo de Almeida, 1450, Torre, João Pessoa - Paraíba.

Médico Responsável: GUTEMBERG PESSOA BOTELHO FILHO
CRM: 000968

01. O presente termo consiste na contratação de serviços médicos e hospitalares pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** de acordo com determinação do **MÉDICO ASSISTENTE** responsável por sua admissão no Hospital Unimed João Pessoa, simplesmente **HOSPITAL UNIMED**.
02. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** portador do CPF _____, por força deste instrumento e na melhor forma de direito, obriga-se, e aos seus herdeiros e sucessores, nos termos da Legislação Civil Brasileira, a pagar toda e qualquer despesa decorrente da internação do paciente EVERTON ERICK SILVA GOMES, registro nº 1193887, para tratamento clínico e/ou cirúrgico, responsabilizando-se por pagamentos totais, parciais e complementares que lhe forem exigidos e necessários para efeito de cobertura das despesas hospitalares, medicamentos, materiais de consumo, exames e outros correlatos, abrangendo a dita responsabilidade por todo o período de internação, até a obtenção da alta médica, exceto nos casos em que o **CONVÊNIO/OPERADORA** autorizar previamente.
03. O **MÉDICO RESPONSÁVEL**, e seus assistentes, são de livre escolha do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**.
04. Em sendo o **PACIENTE** menor ou incapaz, o presente instrumento será firmado por seu

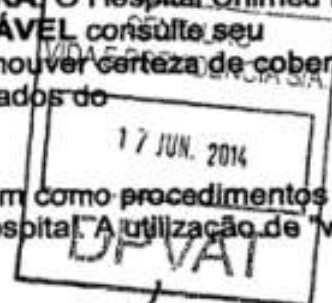




RESPONSÁVEL LEGAL identificado no preâmbulo.

05. O **HOSPITAL UNIMED** fica desde já autorizado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** a executar, por si ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos e/ou laboratoriais indicados/requisitados pelo **MÉDICO** e seus **ASSISTENTES** ou pelos demais profissionais que venham a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis à salvaguarda da vida do paciente, objetivando o seu restabelecimento.
06. O **PACIENTE**, estando incapacitado para consentir ou tomar decisões sobre sua saúde, desde nomeie o **RESPONSÁVEL** que será seu representante legal em tais situações, podendo fazê-lo em nome do **PACIENTE**.
07. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** assume total responsabilidade sobre a veracidade dos dados acima fornecidos e declara estar ciente de que o **HOSPITAL UNIMED** poderá adotar as medidas cabíveis para a execução do serviço contratado.
08. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza neste ato a divulgação de informações médicas para todos profissionais envolvidos no seu tratamento, respeitados os preceitos de sigilo médico constante do Código de Ética Médica.
09. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza o **HOSPITAL UNIMED**, nos termos acima mencionados, a divulgar informações para fins de auditoria interna do Hospital, auditorias legais previstas na legislação ou autorizadas por autoridade judicial, notificações compulsórias previstas na legislação em vigor ou auditorias de contas pela **OPERADORA**.
10. Para realização de protocolo de pesquisa científica, as informações somente poderão ser utilizadas para pesquisas aprovadas pela Comissão de Ética em Pesquisa do **HOSPITAL** e mediante assinatura do respectivo termo de "Consentimento Informado" por parte do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**.
11. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** é responsável pela guarda dos objetos pessoais e de valor, desde a sua admissão até a alta médica, sejam estes do **PACIENTE**, **ACOMPANHANTES** OU **VISITANTES**. O **HOSPITAL UNIMED** recomenda ao **PACIENTE** que valores, jóias e equipamentos eletrônicos, não sejam mantidos no **HOSPITAL**, pois não se responsabilizará por sua guarda.
12. Cabe ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL** zelar pelas instalações do **HOSPITAL UNIMED**, responsabilizando-se por eventuais danos e prejuízos que venham a ser causados ao patrimônio deste.
13. Caso o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** seja transferido para uma das **UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**, seus acompanhantes deverão desocupar o leito. A permanência destes estará condicionada à **disponibilidade de leitos por parte do HOSPITAL**, bem como ao pagamento de taxa de ocupação (diária) de acordo com a **Tabela de Preços do Hospital Unimed**, mesmo para pacientes de categoria convênio.
14. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** declara, neste ato, ter pleno conhecimento da tabela de diárias praticada pelo **HOSPITAL UNIMED**, que está à disposição para consulta no caixa do **HOSPITAL**, bem como ter conhecimento de que a referida tabela de valores poderá ser alterada pelo **HOSPITAL** sem prévio aviso.

15. Fica o **HOSPITAL UNIMED** autorizado a emitir faturas, boletos bancários e duplicatas de prestação de serviços para fins de cobrança dos procedimentos médicos-hospitalares usufruídos.
16. O montante cobrado na conta hospitalar será calculado de acordo com os valores constantes da tabela vigente no momento da realização dos serviços, acrescido da correção monetária e juros moratórios pertinentes.
17. **PACIENTE Internado por intermédio de Operadora de plano ou seguro saúde (convênio)** deverá observar o disposto no contrato firmado com a sua Operadora referente às coberturas do seu plano ou seguro saúde. **O HOSPITAL UNIMED irá atender de acordo com a cobertura informada pela OPERADORA**, sendo que o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** fica ciente de que nos casos de não cobertura pelo plano ou seguro saúde, seja total ou parcial, o valor não coberto será revertido para o paciente de acordo com a tabela do **HOSPITAL UNIMED**, assumindo estes a obrigação de quitar os valores na condição de principal pagador e devedor solidário.
18. O valor dos honorários médicos dos profissionais responsáveis pela admissão e tratamento do **PACIENTE** não está incluído na conta hospitalar, sendo o pagamento de tais honorários de exclusiva responsabilidade do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**, exceto quando autorizados pelo convênio/operadora.
19. A fatura emitida pelo **HOSPITAL UNIMED**, decorrente dos serviços prestados, contemplarão os serviços, medicamentos, materiais e taxas sendo que poderá ser emitida no momento da alta hospitalar ou encaminhada posteriormente ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL** através de boleto bancário acompanhado da respectiva Nota Fiscal ou comparecimento ao **HOSPITAL** para quitação do débito, ressalvados aqueles que estejam cobertos pelos respectivos convênios/operadoras.
20. Alguns serviços prestados pelo **HOSPITAL**, de acordo com a solicitação médica, tais como sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, odontologia e outros, poderão ter cobertura limitada ou não ter cobertura pela **CONVÊNIO/OPERADORA** e por isso serão faturadas diretamente ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL** de acordo com a Tabela do **HOSPITAL UNIMED** e preços vigente.
21. As despesas com alimentação de acompanhantes serão faturadas na conta do paciente. Consulte seu **CONVÊNIO/OPERADORA** sobre eventual cobertura de despesas com alimentação de acompanhantes. Em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente e com o Estatuto do Idoso, o Hospital fornece todas as condições aos acompanhantes para que permaneçam com os pacientes, sendo disponibilizado local para repouso e opções de refeição por meio da copa ("room service") ou da lanchonete no 4º andar.
22. Dietas enterais, parenterais e especiais não estão inclusas nas diárias (salvo quando autorizado previamente pelo convênio/operadora). Alguns itens utilizados durante a internação e/ou procedimentos poderão não ter cobertura do **CONVÊNIO/OPERADORA**. O Hospital Unimed não tem ciência prévia de todos. Sugerimos que o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** consulte seu **CONVÊNIO/OPERADORA** para obter informações, sempre que não houver certeza de cobertura. Os itens sem cobertura serão faturados na categoria particular e cobrados do **PACIENTE/RESPONSÁVEL** posteriormente.
23. É vedado gravar imagens ou fotografar as instalações do Hospital, bem como procedimentos ou atendimentos que estejam sendo realizados pelos profissionais do Hospital. A utilização de "we



can", ou qualquer outra forma de monitoramento remoto no leito do paciente, deverá observar a regra acima, devendo ser preservada a privacidade e intimidade dos pacientes e profissionais envolvidos no atendimento.

24. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** declara-se ciente de que a apresentação da Guia de Internação (e todas as solicitações médicas requisitadas e autorizadas durante o período da internação), o exime dos pagamentos acima mencionados, ressaltando aqueles que não estejam cobertos pelos respectivos **CONVÊNIOS/OPERADORAS**.
25. Declara-se o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** ciente da responsabilidade pelas despesas extras ocorridas no período de internamento como utilização de frígobar, refeições extras e tarifação telefônica, cujos valores serão apresentados no momento da alta hospitalar, mediante apresentação da conta hospitalar.
26. Declara-se o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** ciente que a recusa ao pagamento das despesas realizadas, sem motivo justificado, levará o **HOSPITAL UNIMED** a proceder à cobrança judicial. Aos usuários do plano de saúde da **Unimed João Pessoa**, AUTORIZO, outrossim, o **HOSPITAL UNIMED** a incluir tais despesas na próxima mensalidade do plano de saúde Unimed caso não haja pagamento a vista no momento da alta hospitalar.
27. O **HOSPITAL** informa não possuir convênio com o Serviço Único de Saúde - SUS, sendo que o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** que não queira ou não possa assumir o pagamento das despesas hospitalares, desde já autorizam a **transferência do PACIENTE** para outra instituição hospitalar indicada por seu plano ou seguro saúde, ou hospital público indicado por seu médico assistente, desde que o **PACIENTE** esteja em condições médicas para transferência. O convênio com o Ministério da Saúde é, **exclusivamente**, para transplantes de Fígado, Coração, Rins e Pâncreas e Rins e Pâncreas (conjugados) desde que autorizados previamente.
28. A diária vence às 11h. Após este horário será cobrada nova diária.
29. Declara o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** ter recebido neste ato o Manual de Informações e Orientação do Paciente.
30. **PACIENTE/RESPONSÁVEL** declaram ter lido atentamente os termos do presente contrato, sendo esclarecidos de todas as dúvidas relacionadas, que estão de acordo com o seu conteúdo e que receberam cópias dos mesmos.
31. As partes elegem o Foro da Cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, para dirimir eventuais dúvidas e conflitos decorrentes desta prestação de serviços.

João Pessoa, 18 de 04 de 14.

Paciente: EVERTON ERICK S. GOMES

Responsável Legal: MARCIALDO DE SILVA PAZ

1ª Testemunha

L. 193.300

2ª Testemunha

[Assinatura]

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (RESPONSÁVEL)

Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pelo(a) **JOÃO PESSOA BOTELHO FILHO** sobre os procedimentos **52120104 - FRATURAS DO FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO**

a que vai se submeter o **par EVERTON ERICK SILVA GOMES** (Atend. 1183887)
 do qual sou o responsável legal, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos, incluindo os transfusionais, e objetivos de tratamento. Declaro também que fui informado(a) de todos os cuidados e orientações que o paciente deverá seguir a fim de alcançar o melhor tratamento não se limita ao procedimento realizado, sendo que o paciente deverá retornar ao consultório/hospital nos dias necessários, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.

Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento

João Pessoa, 18 de 04 de 14

Responsável

Rg.

C. Documento de Identidade

Testemunha 1

Testemunha 2



CONFERE COM ORIGINAL
 Hospital Unimed João Pessoa

PACIENTE: EWERTON ENRIK GILLIS JAMES APTO: 553 B

UNID. DE INTERNAÇÃO ATEND.: 119333,

MÉDICO: Narciso Soares de Lencina DATA: 18/4, 2011

ÍTEM DA PRESCRIÇÃO	QF	HORÁRIO
Melhor Círculo		
100g plicetado 5% 100ml ex.	1x	8h
100g F. 3. def. 99% 500ml ex.	2x	
Filho de 100g F. 3. def. 99% 500ml ex.	12/12/84	05h 17
Di. Viramã 0.01. F. 3. def. 99% 500ml ex.	01/06/84	04h 10x
Ch. 100g 0.01. F. 3. def. 99% 500ml ex.	01/06/84	04h 10x
Unidade para p		

RESERVADO À FARMÁCIA

CÓD. 589

Dr. Romulo Soares de Azevedo
033.000.833/CNPJ/09 2831
CNPJ: 081 533 594-00

ASS. MÉDICO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

ASS. DISPENSADOR

DPVAT

CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

Prescrição :660584 Usuário : M1854 Data :19/04/2014 11:04
Atendimento :1193887 Dt Nasc : 24/10/1992 (21a 5m 25d) Convênio : UNIMED JOAO PESSOA
Paciente :153943 EVERTON ERICK SILVA GOMES
Internação : 18/04/2014 22:28 1 Dia(s) Int Peso : Altura : Sup. Corporea :
Prestador :GUTENBERG PESSOA BOTELHO FILHO Serviço :CIRURGIA GERAL
Especialidade : DERMATOLOGIA
Unid Internação : 5º AND TSO CIR MASCULI? Leito : LEITO 553 B Cobertura: ALOJAMENTO - CONJUNTO
CID : S728 FRAT DE OUTR PARTES DO FEMUR Ciclo: 1/
Diagnóstico :
Protocolo :

1ª VIA

Rubrica do Médico

JOSE GUTENBERG CRUZ DE LIMA

1193887

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apel	Frequência	Data Horários
1 DIETA LIVRE						
MEDICAMENTOS						
2 TRAMAL 50MG AMPOLA 1ML	1	AMPOLA	IV	8/8hr		2ND
3 SORO GLICOSADO 5% BOLSA 500ML	2	BOLSA	IV	CONTINUO		2ND
4 SORO FISIOLÓGICO 0.9% BOLSA 500ML	2	BOLSA	IV	CONTINUO		2ND
5 C.C. DAPIRONA 500MG/ML AMPOLA 2ML -> AGUA PARA INJECAO 10ML (EMB. PLASTICA)	1	MILILITRO	IV	A CRITÉRI		2ND
6 LEXANE 40 MG SERINGA 0.4ML	1	SERINGA	SC	24/24hr		2ND
7 C.C. TILATIL 40MG FRASCO-AMPOLA + DILUENTE 2 ML	1	FRASCO-AMF	IV	12/12hr		2ND
8 LEXOTAN 3MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO	SL	24/24hr		2ND

EVANIZIO ROQUE DE ABRUDA JUNIOR
CRM 001954



CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

**Rubrica do
Médico ***

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SNP

Qtd	Unidade	SN	Apel	Frequência	Data	Horário
-----	---------	----	------	------------	------	---------

Dr. Romulo Soares de Castro
073.002833/CRM-08 2833
CPF: 181.633.594-68
ROMULO SOARES DE CASTRO
CRM: 002833

9
DPVAT

CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

Prescrição :660907 Usuário : M2833 Data :21/04/2014 15:04
Atendimento :1193887 Dt Nasc : 24/10/1992 (21a 5m 27d) Convênio : UNIMED JOAO PESSOA
Paciente :153943 EVERTON ERICK SILVA GOMES
Internação : 18/04/2014 22:26 3 Dia(s) Int Peso : Altura : Sup. Corpora :
Prestador : JOSE GUTENBERG CRUZ DE LIMA Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid Internação : 5º AND TSO CIR MASCULIN Leito : LEITO 553 B Cobertura: ALOJAMENTO - CONJUNTO
CID : S728 FRAT DE OUTR PARTES DO FEMUR Ciclo: 1/
Diagnóstico :
Protocolo :

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1193887

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA LIVRE

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Ap	Frequência	Data Horários
2 SAMAL 40MG AMPOLA 1ML	1	AMPOLA	IV	8/8hr		
3 SORO GLICOSADO 5% BOLSA 500ML	2	BOLSA	IV	CONTINUO		
4 SORO FISIOLÓGICO 0.9% BOLSA 500ML	2	BOLSA	IV	CONTINUO		
5 C.C. DAPIRONA 500MG/ML AMPOLA 2ML → AGUA PARA INJECAO 10ML (EMB. PLASTICA)	1 1	MILILITRO AMPOLA	IV	A CRITÉRI		
6 C.C. TILATIL 40MG FRASCO-AMPOLA + DILUENTE 2 ML	1	FRASCO-AMP	IV	12/12hr		
7 FENOTAN 100MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO	SL	24/24hr		

Dr. Romulo Soares de Castro
033.002833/CRM-PR-2021
CPF: 181.533.504-60

ROMULO SOARES DE CASTRO
CRM: 002833



Prescrição :660911 Usuário : GTEODOZIO Data :21/04/2014 17:50 **1ª VIA**
Atendimento :1193887 Dt Nasc : 24/10/1992 (21a 5m 27d) Convênio : UNIMED JOAO PESSOA
Paciente :153943 EVERTON ERICK SILVA GOMES
Internação : 18/04/2014 22:26 3 Dia(s) Int Peso : Altura : Sup. Corpora :
Prestador : JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Rubrica ENFERMEIRO (A)
Unid Internação : 5º AND TSO CIR MASCULI? Leito : LEITO 553 B Cobertura: ALOJAMENTO - CONJUNTO
CID : S728 FRAT DE OUTR PARTES DO FEMUR Ciclo: 1/
Diagnóstico :
Protocolo :

1193887

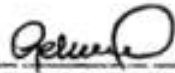
PRESCRIÇÃO - ENFERMEIRO (A)

CUIDADOS

1 CUIDADOS GERAIS

Obs.: CAVILON CREME DE BARREIRA- PREVENÇÃO DE UPP

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
				A CRITÉRI		1c


GILBERTO COSTA TEODOZIO
COREN: 392110



CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

Prescrição :661041 Usuário : M1738 Data :22/04/2014 11:33
Atendimento :1193887 Dt Nasc : 24/10/1992 (21a 5m 28d) Convênio : UNIMED JOAO PESSOA
Paciente :153943 EVERTON ERICK SILVA GOMES
Internação : 18/04/2014 22:28 4 Dia(s) Int Peso : Altura : Sup. Corpora :
Prestador : JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid Internação : 5º AND TSO CIR MASCULIN Leito : LEITO 553 B Cobertura : ALOJAMENTO - CONJUNTO
CID : S728 FRAT DE OUTR PARTES DO FEMUR Ciclo : 1/
Diagnóstico :
Protocolo :

1ª VIA

Rubrica do Médico

1193887

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA LIVRE

ANTIBIOTICOTERAPIA

2 CEFOTALEXINA 500MG CAPSULA

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

2 CAPSULA

IV 8/8hr

MEDICAMENTOS

3 TRAMAL 50MG AMPOLA 1ML

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 AMPOLA

IV 8/8hr

4 SORO Glicosado 5% BOLSA 500ML

2 BOLSA

IV CONTINUO

5 SORO FISIOLÓGICO 0.9% BOLSA 500ML

2 BOLSA

IV CONTINUO

6 D.C. DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA 2ML

1 MILITRO

IV A CRITERIO

7 AGUA PARA INJECAO 10ML (EMB. BICASTOL)

1 AMPOLA

IV

7 CLEXANE 40 MG SERINGA 0,4 ML

1 SERINGA

SC 24/24hr

8 CLOMIDATIL 40MG FRASCO AMPOLA + DILUENTE 2 ML

1 FRASCO-AMP

IV 12/12hr

9 LEXOTAN 3MG COMPRIMIDO

1 COMPRIMIDO

SL 24/24hr

Obs.: À NOITE

MATERIAIS

10 CURATIVO MEP LEX BORDER SACRUM 18CM X 18CM (MOLNLY)

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 UNIDADE

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

11 CURATIVO PEQUENO

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

CONTINUO

Diet zero por...

dia 23/04/14 =

por hi de 12:00h.

JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA
CRM: 001738

JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA
Especialidade: Artroplastia
Total de Joelho e Quadril
CRM 1738

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

17 JUN. 2014

DE VAT

CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

Prescrição : 661300 Usuário : M1738 Data : 23/04/2014 19:47
Atendimento : 1193887 Dt Nasc : 24/10/1992 (21a 5m 30d) Convênio : UNIMED JOAO PESSOA
Paciente : 153943 EVERTON ERICK SILVA GOMES
Internação : 18/04/2014 22:26 5 Dia(s) Int Peso : Altura : Sup. Corporal :
Prestador : JOSE GUTENBERG CRUZ DE LIMA Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid Internação : 5º AND TSO CIR MASCULI Leito : LEITO 553 B Cobertura: ALOJAMENTO - CONJUNTO
CID : S728 FRAT DE OUTR PARTES DO FEMUR Ciclo: 1/
Diagnóstico :
Protocolo :

1ª VIA
Rubrica do Médico

1193887

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA LIVRE

ANTIBIOTICOTERAPIA

2 (D27) CEFALEXINA 500MG CAPSULA

MEDICAMENTOS

3 TRAMAL 50MG AMPOLA 1ML

4 SORO GLICOSADO 5% BOLSA 500ML

5 SORO FISIOLÓGICO 0,9% BOLSA 500ML

6 C.G. DIFERONA 500MG/ML AMPOLA 2ML

7 CLEXANE 40 MG SERINGA 0,4 ML

8 C.C. TILATIL 40MG FRASCO-AMPOLA +
DILUENTE 2 ML

9 LEXOTAN 3MG COMPRIMIDO

Obs.: À NOITE

MATERIAIS

10 CURATIVO MEPILEX BORDER SACRUM 18CM X
18CM (MOLNLY)

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

11 CURATIVO PEQUENO

JOSE GUTENBERG CRUZ DE LIMA
CRM: 001738

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 JUN. 2014

DPVAT

CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

1ª VIA

Prescrição :681527 Usuário : M1738
Atendimento :1193887 Dt Nasc : 24/10/1992 (21a 6m 0d)
Paciente :153943 EVERTON ERICK SILVA GOMES
Internação : 18/04/2014 22:28 7 Dia(s) Int Peso :
Prestador : JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA
Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid Internação : 5º AND TSO CIR MASCULI Leito : LEITO 553 B
CID : S728 FRAT DE OUTR PARTES DO FEMUR
Diagnóstico :
Protocolo :

Data :25/04/2014 00:43
Convênio : UNIMED JOÃO PESSOA
Altura : Sup. Corporal :
Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Cobertura: ALOJAMENTO - CONJUNTO
Ciclo: 1/

Rubrica do Médico

1193887

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA LIVRE

Obs.: APOS PERIODO ANESTESICO.

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

ANTIBIOTICOTERAPIA

2 C.C. (D17) CEFALOTINA 1G C/DILUENTE 5ML
INJETAVEL

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 FRA/AMP C/1

IV

8/8hr

MEDICAMENTOS

3 TRAMAL 50MG AMPOLA 1ML

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 AMPOLA

IV

8/8hr

4 SORO GLICOSADO 5% BOLSAS 500ML

2 BOLSAS

IV

CONTINUO

5 SORO FISIOLÓGICO 0,9% BOLSAS 500ML

2 BOLSAS

IV

CONTINUO

6 C.C. DAPIRONA 500MG/ML AMPOLA 2ML

1 MILILITRO

IV

ACRITER

7 C.C. AGUA PARA INJECAO 10ML (EMB

1 AMPOLA

8 CLEXANE 40 MG SERINGA 0,4 ML

1 SERINGA

SC

24/24hr

Obs.: ADMINISTRAR OITO HORAS APOS CIRURGIA.

9 C.C. TILATIL 40MG FRASCO-AMPOLA +
DILUENTE 2ML

1 FRASCO-AME

IV

12/12hr

10 LEXOTAN 3MG COMPRIMIDO

1 COMPRIMIDO

SL

24/24hr

Obs.: À NOITE

MATERIAIS

11 CURATIVO MEFLEX BORDER SACRUM 18CM X
18CM (MOLLY)

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

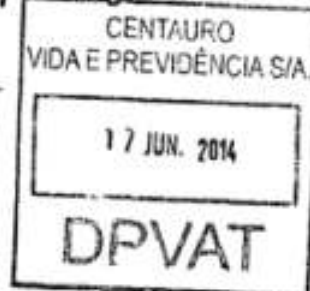
1 UNIDADE

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

11 CURATIVO PEQUENO

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

CONTINUO



CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

Prescrição :661527 Usuário : M1738
Atendimento :1193887. Dt Nasc : 24/10/1992 (21a 6m 0d)
Paciente :153943 EVERTON ERICK SILVA GOMES
Internação : 18/04/2014 22:28 7 Dia(s) Int Peso :
Prestador : JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA
Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid Internação : 6º AND TSO CIR MASCULIN Leito : LEITO 553 B
CID : S728 FRAT DE OUTR PARTES DO FEMUR
Diagnóstico :
Protocolo :

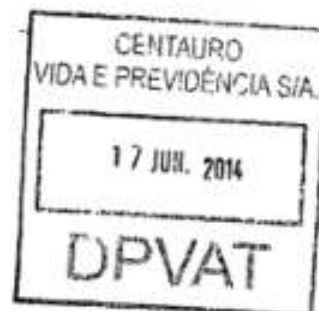
Data :25/04/2014 00:43
Convênio : UNIMED JOAO PESSOA
Altura : Sup. Corporea :
Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1ª VIA

Rubrica do
Médico

Cobertura: ALOJAMENTO - CONJUNTO
Ciclo: 1/


JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA
CRM: 001738



15
CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

Prescrição :661527 Usuário.: M1738
Atendimento :1193887 Dt Nasc : 24/10/1992 (21a 6m 1d)
Paciente :153943 EVERTON ERICK SILVA GOMES
Internação : 18/04/2014 22:26 7 Dia(s) Int Peso :
Prestador : JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA
Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid Internação : 5º AND TSO CIR MASCULI? Leito : LEITO 553 B
CID : S728 FRAT DE OUTR PARTES DO FEMUR
Diagnóstico :
Protocolo :

Data :25/04/2014 00:43
Convênio : UNIMED JOAO PESSOA
Altura : Sup. Corpora :
Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Cobertura: ALOJAMENTO - CONJUNTO
Ciclo: 1/

2ª VIA

Rubrica do
Médico

1193887

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA LIVRE

Obs.: APOS PERIODO ANESTESICO.

ANTIBIOTICOTERAPIA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C.(D1/7) CEFALOTINA 1G C/DILUENTE 5ML INJETAVEL	1	FRASCO	AMP	IV	6/6hr	25/04/15

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 TRAMAL 50MG AMPOLA 1ML	1	AMPOLA		IV	8/8hr	25/04/15
4 SORO Glicosado 5% BOLSA 500ML	2	BOLSA		IV	CONTINUO	25/04/15
5 SORO FISIOLÓGICO 0,9% BOLSA 500ML	2	BOLSA		IV	CONTINUO	25/04/15
6 SORO D.PIRONA 500MG/ML AMPOLA 2ML	1	MLITRO		IV	A CRITERIO	25/04/15
7 CLEXANE 40 MG SERINGA 0,4 ML	1	SERINGA		SC	24/24hr	25/04/15

Obs.: ADMINISTRAR OITO HORAS APOS CIRURGIA.

9 LEXOTAN 3MG COMPRIMIDO

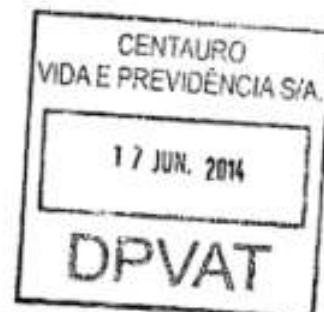
Obs.: À NOITE

MATERIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
10 CURATIVO MEPELEX BORDER SACRUM 18CM X 18CM (MOONLY)	1	UNIDADE				25/04/15

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
11 CURATIVO PEQUENO					CONTINUO	25/04/15



CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

Prescrição :681527 Usuário : M1738 Data :25/04/2014 00:43
Atendimento :1193887 Dt Nasc : 24/10/1992 (21a 6m 1d) Convênio : UNIMED JOAO PESSOA
Paciente :153943 EVERTON ERICK SILVA GOMES
Internação : 18/04/2014 22:26 7 Dia(s) Int Peso : Altura : Sup. Corpora :

2ª VIA

Prestador : JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA
Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Rubrica do
Médico

Unid Internação : 5º AND TSO CIR MASCULI# Leito : LEITO 553 B
CID : S728 FRAT DE OUTR PARTES DO FEMUR

Cobertura: ALOJAMENTO - CONJUNTO
Ciclo: 1/

Diagnóstico :

Protocolo :

pe lu ante verif

J. Gutemberg

JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA
CRM: 001738

Prescrição :661916 Usuário : M1738 Date :26/04/2014 13:31
Atendimento :1193887 Dt Nasc : 24/10/1992 (21a 6m 2d) Convênio : UNIMED JOAO PESSOA
Paciente :153943 EVERTON ERICK SILVA GOMES
Internação : 18/04/2014 22:26 8 Dia(s) Int Peso : Altura : Sup. Corpora :
Prestador : JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid Internação : 5º AND TSO CIR MASCULI? Leito : LEITO 553 B Cobertura: ALOJAMENTO - CONJUNTO
CID : S728 FRAT DE OUTR PARTES DO FEMUR Ciclo: 1/
Diagnóstico :
Protocolo :

1ª VIA

Rubrica do Médico

1103887

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data	Horários
1 DIETA LIVRE Obs.: APOS PERIODO ANESTESICO.							
ANTIBIOTICOTERAPIA							
2 C.C. (D27) CEFALOTINA 1G C/DILUENTE 5ML INJETAVEL	1	FRASCO/AMPOLA		IV	8/8hr		
MEDICAMENTOS							
3 TRAMAL 50MG AMPOLA 1ML	1	AMPOLA		IV	8/8hr		
4 SORO Glicosado 5% BOLSA 500ML	2	BOLSA		IV	CONTINUO		
5 SORO FISIOLÓGICO 0.9% BOLSA 500ML	2	BOLSA		IV	CONTINUO		
6 C.C. DIFENON 500MG/5ML AMPOLA 2ML AGITA PARA INJECAO 10ML (EMB PLASTICA)	1	MILILITRO AMPOLA		IV	NA CRITER		
7 CLEXANE 40 MG SERINGA 0,4 ML Obs.: ADMINISTRAR OITO HORAS APOS CIRURGIA.	1	SERINGA		SC	24/24hr		
8 C.C. TETAL 20MG FRASCO AMPOLA DILUENTE 2ML	1	FRASCO AMPOLA		IV	12/12hr		
9 LEXOTAN 3MG COMPRIMIDO Obs.: A NOITE	1	COMPRIMIDO		SL	24/24hr		
MATERIAIS							
10 CURATIVO MERILEX BORDER SACRUM 18CM X 18CM (MOLIN)	1	UNIDADE					

27/04/2014

Alt. H. L. L.

Ass. 1788

JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA

CRM: 001738 CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

17 JUN. 2014

DPVAT

38

DADOS DO ATENDIMENTO:

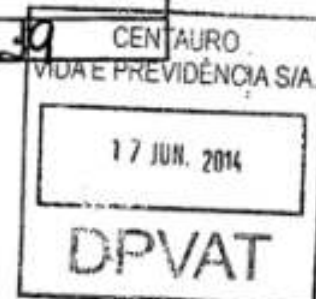
PACIENTE: Everton Erick Silva Gomes
 LEITO: _____ UNID. DE INTER. _____ ATEND. _____

DATA

18/04/2014 Pac. admitido sob fratura
 anfraca de Fratura de tibia +
 Fratura de Extremidade
 distal de femur / condilo femoral
 Foi realizada a
 pin-octração

Dr. Ronaldo Soares de Jesus
 033002833 / CRM 2830
 CPF: 182.833.594-88

CÓD. 215



Hospital			
Unimed 	Evolução Médica		
Atendimento:	01193887 - EVERTON ERICK SILVA GOMES		
Idade:	21a 5m 25d	Sexo:	M Data: 19/04/2014 11:04:20
Localização:	5º AND TSO CIR MASCULINO CONJ, LEITO 553 B		

**AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATORIA DO RISCO CIRÚRGICO CARDIACO
PELO ESCORE DE GOLDMAN
AVALIAÇÃO CLÍNICA DO CARDIOLOGISTA**

MEDICO ASSISTENTE: DR ;JOSÉ GUTTEMBERG CRUZZ DE LIMA

/ORTOPÉDICA/

(TRAUMATOLOGISTA/ORTOPEDISTA)

NOME DO PACIENTE: EVERTON ERICK DA PLANO DE SAUDE UNIMED

IDADE 21 ANOS ;

FRATURA FÊMUR/QUADRIL

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS

**FATORES DE RISCO CARDIACO DE GOLDMAN : TER TERCEIRA BULHA 11 PONTOS; TER ESTASE DE VEIAS JUGULARES 11 PONTOS; TER TIDO IAM 10 PONTOS; PRESENÇA DE EXTRA-SISTÓLES 7 PONTOS; OUTRO RITMO QUE NÃO O SINUSAL 7 PONTOS; TER IDADE ACIMA DE 70 ANOS 5 PONTOS; SER CIRURGIA DE URGENCIA 4 PONTOS; CIRURGIA INTERPEITORAL 3 PONTOS; CIRURGIA AÓRTICA 3 PONTOS; TER COMPROMETIMENTO DO ESTADO GERAL 3 PONTOS; TER POTÁSSIO BAIXO 3 PONTOS; TER CREATININA/URÉIA ALTA 3 PONTOS; TER ENZIMAS HEPÁTICAS ELEVADAS 3 PONTOS; TER DOENÇA RENAL EOU HEPÁTICA CRONICA 3 PONTOS;
CLASSIFICAÇÃO DE GOLDMAN: CLASSE I ZERO A 5 PONTOS; CLASSE II 6 A 12 PONTOS; CLASSE III 13 A 25 PONTOS; CLASSE IV 26 PONTOS OU MAIS;**

ELETROCARDIOGRAMA EM RITMO SINUSAL COM FC DE 75BPM

CONCLUSÃO:

PACIENTE NORMOTENSO, SEM OUTRAS DOENÇAS DE BASE E IDADE ABAIXO DOS 70 ANOS DE IDADE; (TEM 21 ANOS DE IDADE!)

PACIENTE LIBERADO A CIRURGIA ORTOPÉDICA PROPOSTA, SOB ANESTESIA GERAL, E/OU SEDAÇÃO, COM RISCO BAIXO, CLASSE I DO ESCORE DE GOLDMAN (QUE VAI DE I A IV)

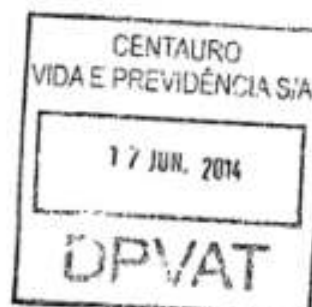
ESTE O PARECER, SMJ

DR EVANIZIO ROQUE

CRM1854-PB

CARDIOLOGISTA


DR. EVANIZIO ROQUE DE ARRUDA JUNIOR
CRM - 001854
EVANIZIO Roque de Arruda Jr.
CRM 1854
Cardiologia



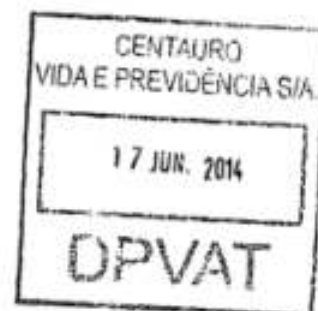
CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

Hospital			
Unimed 		Evolução Médica	
João Pessoa			
Atendimento: 01193887 - EVERTON ERICK SILVA GOMES			
Idade:	21a 5m 26d	Sexo:	M
Data:	20/04/2014 10:28:19		
Localização:	1. 5º AND TSO CIR MASCULINO CONJ, LEITO 663 B		

Paciente em pré-operatório de fratura de patela no joelho direito e fratura de condilo femoral, aguardando liberação do material de OPME para realização do procedimento cirúrgico.

DR. ROMULO SOARES DE CASTRO
CRM - 002833

Dr. Romulo Soares de Castro
003.002833/CRM/PE 2833
CPF: 181.853.594-68



CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

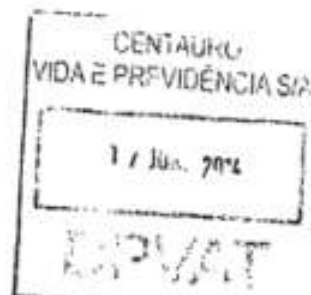
21

Hospital			
Unimed 		Evolução Médica	
João Pessoa			
Atendimento: 01193887 - EVERTON ERICK SILVA GOMES			
Idade:	21a 5m 27d	Sexo:	M
Data:	21/04/2014 15:06:33		
Localização:	5º AND TSO CIR MASCULINO CONJ. LEITO 553 B		

Paciente em pré-operatório de fratura de patela no joelho direito, e fratura de condilo femoral, aguardando a liberação do material de OPME para realização do procedimento cirurgico, paciente queixando dor e desconforto no membro inferior direito.

DR. ROMULO SOARES DE CASTRO
CRM - 802833

Dr. Romulo Soares de Castro
802833/CRM/PB 2833
CPF: 861 533 594-68



22
CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

Hospital				Evolução Médica	
Unimed					
João Pessoa					
Atendimento: 01193887 - EVERTON ERICK SILVA GOMES					
Idade:		21a 5m 28d	Sexo:	M	Date: 22/04/2014 11:37:47
Localização:		5º AND TSO CIR MASCULINO CONJ, LEITO 553 B			

SOLICITADO MATERIAL DE IMPLANTE METALICO PARA CIRURGIA DO FEMUR.


 DR. JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA
 CRM - 001738

Dr. José Gutemberg C. de Lima
 Especialidade Artroplastia
 Total de Joelho e Quadr.
 CRM 1738

CENTAURO
 VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 17 JUN. 2014
 DPVAT

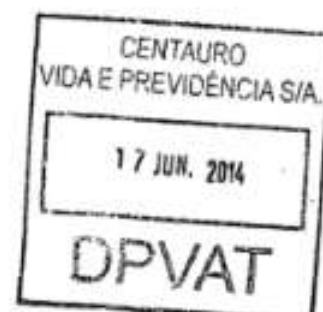
23

CONFERE COM ORIGINAL
 Hospital Unimed João Pessoa

Hospital		Unimed  João Pessoa		Evolução Médica	
Atendimento: 01193887 - EVERTON ERICK SILVA GOMES					
Idade:		21a 6m 1d		Sexo: M	
				Data: 25/04/2014 20:01:12	
Localização:		1. 5º AND TSO CIR MASCULINO CONJ, LEITO 553 B			

PACIENTE QUEIXANDO DE HIPERTENSÃO MEDIDO A TEMPERATURA NESTE MOMENTO E REGISTROU 37 GRAUS.
 RETIRAR SONDA VESICAL.


 DR. JOSE GUTENBERG CRUZ DE LIMA
 CRM - 001738



24

CONFERE COM ORIGINAL
 Hospital Unimed João Pessoa

Hospital			
Unimed 		Evolução Médica	
João Pessoa			
Atendimento: 01193887 - EVERTON PRICK SILVA GOMES			
Idade:	21a 6m 2d	Sexo:	M
Data:	26/04/2014 13:34:46		
Localização:	1. 5º AND TSO CIR MASCULINO CONJ. LEITO 553 B		

PACIENTE QUEIXANDO DE QUEIMOR AO NÍVEL DA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO OPERADO.


 DR. JOSE GUTENBERG CRUZ DE LIMA
 CRM - 001738

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
17 JUN. 2014
DPVAT

25

CONFERE COM ORIGINAL
 Hospital Unimed João Pessoa

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO - HISTÓRICO

ATEND: 1193825	NOME: Everton Erick Silva Gomes	LEITO:	IDADE: 219
DATA: 18/04/14	DIAG: Trauma fechado	HORA:	PESO:
		C. ABD.	ESTAT.

PROCEDENCIA			SINAIS VITAIS						
☒ PA - Adulto	☐ PA - Infantil	☐ SETOR DE INTERNAÇÃO	PA	PULSO	Tax	FR	SAT. %	OX	DOR
☐ Residência	☐ COICC	☐ OUTROS SERVIÇOS							

INFORMACOES COLHIDAS COM:	PACIENTE	ACOMPANHANTE:	NÃO FOI POSSIVEL O PREENCHIMENTO
---------------------------	----------	---------------	----------------------------------

ANTECEDENTES PESSOAIS					
N	HAS	N	DM	N	OUTRAS DOENÇAS:
	ALERGIA:	N	ALIMENTAR:	N	MEUNAMENTORA
CIRURGIAS ANTERIORES:					

ANTECEDENTES FAMILIARES:			
HAS	DM	OUTRAS DOENÇAS:	

ÍNDICE ADE EMOCIONAL						
CALMO	FELIZ	TRISTE	TÍFIDO	APÁTICO	DEPRESSIVO	CHOROSO
1						

[illegible]

DADOS SOCIAIS			
RELIGIÃO:			
ESCOLARIDADE:			
PROFISSÃO:			
ATIVIDADE FÍSICA:			
LAZER:			
TABAGISTA:	☐ NÃO	☐ SIM	CIGARROS / DIA
ETILISTA:	☐ NÃO	☐ SIM	FREQ: _____
DROGAS:	☐ NÃO	☐ SIM	FREQ: _____

GRAU DE DEPENDÊNCIA BASEADO EM FUGLIN								
ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	✓	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO		DESORIENTADO OU AGITAÇÃO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIAS		TORPOROSO OU INCONSCIENTE	
OXIGENAÇÃO	EM AR AMBIENTE	✓	MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ INTERMITENTE		MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ CONTÍNUO		VENTILAÇÃO MECÂNICA TRAQUEOSTOMIA	
SINAIS VITAIS	BSHS		BSHS	✓	APHS		3/2/HS OU MENOS	
MOTILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS	✓	LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS		ENFERMAGEM AUXÍLIA MUDANÇA DE DECÚBITO		ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE	✓	NECESSITA COM AUXÍLIO		DEAMBULA COM CADEIRA DE RODAS		RESTRIÇÃO AO LEITO	
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE	✓	VO COM AUXÍLIO		SNG / SNE / GTT / JET		NVP	
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE	✓	CHUVEIRO COM AUXÍLIO		CADEIRA, HIGIENE ORAL		NO LEITO	
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE	✓	VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO		COMADRE / PAMPAGU		NO LEITO, SVD OU DISPOSITIVOS UTERVACIOS	
TERAPÊUTICA	IM / VO		EV INTERMITENTE	✓	EV CONTÍNUO OU POR SNG	AE	DROGAS VASOATIVAS	
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE		POUCO SOLICITANTE	✓	MUITO SOLICITANTE		NECESSITA ATENÇÃO CONSTANTE	
DETERMINAÇÃO DO GRAU	A - MÍNIMA: 0 - 4		B - MÉDIA: 5 - 14		C - MUITA: 15 - 23		D - TOTAL: 24 - 30	
TOTAL: 3 - POUCO GRAU								

QUEIXAS ATUAIS DO CLIENTE E MOTIVO DA INTERNAÇÃO	
Queda de 1º Coluna motex mto	CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA 17 JUN. 2014

CENTAURO
VIDA E PREVIDENCIA S/A

17 JUN. 2014

DPVAT

F(NG).ENF 1042-1

CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM INTERNACÃO - HISTÓRICO

EXAME FÍSICO

1. REGULAÇÃO NEUROLÓGICA
Nível de consciência: () sem alteração () desorientado () confuso () sonolento () torporoso () comatoso
Comportamento: () tranquilo () ativo () agitado () apático () agressivo () assustado ()
Comunicação: () adequada () inadequada OBS.: _____

2. PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS E SENTIDOS
Olhos / Pupilas: () fotoreagentes () não fotoreagente () isocórica () anisocórica
Ouvidos: () sem alteração () surdez () prótese () diminuição audição _____
Nariz: () sem alteração () desvio septo () secreção Facies: _____
Pescoço: () sem alteração () com alteração OBS.: _____

3. SONO REPOUSO: () satisfatório () prejudicado () auxiliar de sono dependente

4. OXIGENAÇÃO () sem alteração () dispnéia () tosse () expectoração () ventilatório dependente
OBS.: _____

5. REGULAÇÃO TÉRMICA E VASCULAR
() Apirético () febre () cansaço () cianose () sudorese () palidez () taquicardia () braquicardia () arritmia
OBS.: _____

Pulsos: () cheios () débeis

Enchimento capilar: () sem alteração () rápido () lento extremidades: () Direito () Esquerdo

6. NUTRIÇÃO: () normal () p/DM () hipossódica () por sonda () outra

Aceitação alimentar: () sem alteração () < 60% () < 60% Aceitação hídrica: _____ dia. () Edema (/+)

Preferência alimentar: _____

Dentição, deglutição, sucção, mastigação: () satisfatória () prejudicada () uso de prótese

7. ELIMINAÇÕES: Urinária: () sem alteração () Hematúria () colúria () disúria () oligúria () nictúria
Intestinal: () sem alteração () acolia () diarreia () constipação () sangramento

Exame físico do abdome e região anal: _____

Drenagens () não () sim () citar drenos, sondas, ostomas, etc.: _____

Frequência habitual _____ OBS.: _____

8. TEGUMENTAR:

PELE: () íntegra e corada () Alterada MUCOSAS: () íntegra e corada () Alterada

PRESENÇA DE ULCERA DE PRESSÃO: () NÃO () SIM LOCAL: _____

GÂNGLIOS (LOCAL): _____

9. LOCOMOÇÃO: () deambula () não deambula () deambula com auxílio

Equilíbrio: () normal () alterado. Exame físico dos membros: MMSS: () Alterado MMII: () Alterado

EXAME OBSTETRICO

1. GESTA ATUAL: _____ PRÉ-NATAL: () SIM () NÃO DUM: _____ DPP: _____
 IDADE GESTACIONAL: _____ SEMANAS SEXO DO FETO/RN: () MASC. () FEM. TIPAGEM SANGÜÍNEA: _____ RH _____
 NOME DO FETO / RN: _____ DINÂMICA UTERINA (10min) _____ BCF (bpm): _____

2. ABORTOS:
 NATUREZA: () ESPONTÂNEO () PROVOCADO CURETAGEM: () SIM () NÃO INFECTADO: () SIM () NÃO

3. PARTOS ANTERIORES: () NÃO SE APLICA () CESARIANA () EUTÓCICO () FORCEPS

4. NASCIDOS VIVOS: () NÃO SE APLICA () SOBREVIVERAM () ÓBITO () OFIU ANTERIOR / /

5. EM CASO DE TRATAMENTO CLÍNICO PREENCHER CAMPOS A SEGUIR: () NÃO SE APLICA
 PERDAS POR VV: _____ DOR EM BV: _____ CONTRAÇÕES DE BRAXTON HICKS: _____

6. RASTREAMENTO PARA ESTREPTOCOCCO DO GRUPO B: () SIM - RESULTADO: _____ () NÃO

[illegible]

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM INTERNACÃO - EVOLUÇÃO

553 D

ATEND: 193825	NOME: Guerton Erick Silva Gomes	LEITO: 551.03
DATA: 18/04/14	DIAG.: trauma joelho D	DIAS DE INT: PESO: C. ABD. ESTAT.

PORTCATH		AMP		CVC		SVD		SNG() / SNE() GTT() / JTT()		101
----------	--	-----	--	-----	--	-----	--	------------------------------------	--	-----

ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	✓	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO		DESORIENTADO OU AGITAÇÃO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIAS		TEMPOSO OU INCONSCIENTE	
ORIGENAÇÃO	EM AR AMBIENTE	✓	MÁSCARA OU CATETER DE O ² INTERMITENTE		MÁSCARA OU CATETER DE O ² CONTÍNUO		VENTILAÇÃO MECÂNICA TRÁQUEOSTOMIA	
SINAIS VITAIS	BOMAS		BOMAS	✓	BOMAS		27MS OU MENOS	
MOTILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS	✓	LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS		ENFERMAGEM ALTRIA MUDANÇA DE DECÚBITO		ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE	✓	DEAMBULA COM AUXÍLIO	✓	DEAMBULA COM CADENTE DE RODAS		RESTRITO AO LEITO	
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE	✓	VO COM AUXÍLIO		SNG / SNE / GTT / JTT		NPP	
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE	✓	CHUVEIRO COM AUXÍLIO		CADEIRA, HIGIENE ORAL		NO LEITO	
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE	✓	VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO		COMADRE / PAPAGAIO		NO LEITO, SVO OU DISPOSITIVOS UMINÁRIOS	
TERAPÊUTICA	BM / VO		EV INTERMITENTE	✓	EV CONTÍNUO OU POR SNG / SNE		DIÁLISE VASOATMÁS	
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE		POUCO SOLICITANTE	✓	MUITO SOLICITANTE		NECESSITA ATENÇÃO CONSTANTE	
DETERMINAÇÃO DO GRAU	A - MÍNIMA: 0 - 4		B - MÉDIA: 5 - 10		C - MUITA: 11 - 23		D - TOTAL: 24 - 30	

 $\Delta = \min_{i \in I} \Delta_i = 0.4$

B - média: 5,17 N

2-MULTA: 15-27

Q - TOTAL 24 - 20

Figura 1. Escala Visual Analógica - EVA.

- a) Se não tiver dor, a classificação é zero.
b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é cinco.
c) Se for intensa, seu nível de referência é dez.

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ~~() 5~~ () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

9: + Govem última de colizas moto x moto, estase
 C1 (oparete 15/4), hepa desmuc e vento. Trope de 11
 Bombrino. EGB, canivete e cortado, marmosin
 urruco, 430 plano flexão e rillales, AUP e 11
 redicudo cfm. seguem obs aq cindados
 de equipe. Aguarda resultado de Rax e perco

Washington State
Employment
CORRECTION #6039

3.30 The informant has apt: 553

3. Equilíbrio de Sítio
- OPEN 308105

CENTAUR0
VIDA E PREVIDENCIA S/A
17 JUN. 2014
DPVAT

F(NG).ENF.1055-1..

28

CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
INTERNAÇÃO – ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

	MANHÃ	TARDE	NOITE	TOTAL	NOME COREN
DIURESE					
EVACUAÇÕES					
VÔMITO					
DRENO					
SONDA					

[illegible]

19:30	Paciente vítima de acidente com colheita moto e moto pesada, fratura pé da D, machucado conforme prescrição negou pi a co, e aos cuidados da enfermagem.	J. A. S. M. de Castro TAC Enfermagem COREN-PA 44126
23h	Paciente jovem vítima de acidente motociclistas com fratura no pé da D. com AUP. com fratura unidade. Suorados unguem. Os cuidados de enfermagem.	S. C. de Castro TAC Enfermagem COREN-PA 114072
23:50	Recebi paciente procedente do PA	

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO - EVOLUÇÃO

INTER
EVERTON ERICK SILVA GOMES

AL: 1183887 UNIMED JOAO PESSOA

Dr Attend: 18/04/2014 22:28:00

Carteira: 0335002000645107

LEITO: 5638

DE INT:

PESO:

C. ABD.

ESTAT.

ATEND:

NOME

DATA: 181.04 1, 14

DIAG.:

PORTCATH

AVP

CME

SVC

SNG() / SNE()
GTT() / JTT()

TOT

GRAVITATIONDEPENDENT BASECORNFIELD

ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	C	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO		DESORIENTADO OU AGITAÇÃO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIAS		TÓRPOROSO OU INCONSCIENTE	
OXIGENAÇÃO	EM AMBIENTE	C	MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ INTERMITENTE		MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ CONTÍNUO		VENTILAÇÃO MECÂNICA TRAQUEOSTOMIA	
SINAIS VITAIS	STABIS		STABIS	C	4VHS		32VHS OU MENOS	
MOTILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS		LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS	C	ENFERMAGEM AUXÍLIA MUDANÇA DE DECÚBITO		ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE		DEAMBULA COM AUXÍLIO		DEAMBULA COM CADDEIRA DE RODAS		RESTRITO AO LEITO	C
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE		VO COM AUXÍLIO	C	SNG / SNE / GTT / JTI		NPP	
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE		CHUVEIRO COM AUXÍLIO		CADDEIRA, HIGIENE ORAL		NO LEITO	C
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE		VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO		COMADRE / PAPAGAIO	C	NO LEITO, SVO OU DISPOSITIVOS URINÁRIOS	
TERAPÊUTICA	IM / VO		EV INTERMITENTE	C	EV CONTÍNUO OU POR SNG/ SNE		DROGAS VASOATIVAS	
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE		POUCO SOLICITANTE		MUITO SOLICITANTE		NECESSITA ATENÇÃO CONSTANTE	C
DETERMINAÇÃO DO GRAU	A - MÉDIA 0 - 4		B - MÉDIA 5 - 14		C - MÉDIA 15 - 23		D - TOTAL 24 - 36	

Diagrama da Escala Visual Analógica (EVA) com uma barra horizontal graduada de 0 a 10. Acima da barra, há três áreas rotuladas: "SEM DOR" (0-4), "DOR MODERADA" (4-7) e "DOR INTENSA" (7-10). Abaixo da barra, há uma escala numérica de 0 a 10 com parênteses ao lado de cada número. Um checkmark está marcado no número 5. À direita da barra, há um texto explicativo: "a) Se não tiver dor, a classificação é zero. b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é cinco. c) Se for intensa, seu nível de referência é dez."

- a) Se não tiver dor, a classificação é zero.
b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é cinco.
c) Se for intensa, seu nível de referência é dez.

[illegible]

Santa Fe de Bogotá
 Colombia
 011 261 78 06 57 x 19

CENTAUR0
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

14 JUN. 2014

DPVAT

F(NG).ENF.1055-1

CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

20

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
INTERNAÇÃO – ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

	MANHÃ	TARDE	NOITE	TOTAL	NOME COREN
DIURESE					
EVACUAÇÕES					
VÔMITO					
DRENO					
SONDA					

[illegible]

23.50 hae adm. tudo nesta unidade, procedente do
1A, com fratura de tibia. Combicorte, Onicobio
com HIR
1:00 adm 1 hae. Kefuprona 1 Olexane CPM
5:00 adm. medicação do utero 3 CPM
Paciente segue sem queixas às unidades
de enfermagem.

AÇÃO - EVOLUÇÃO

ATEND:	NOM	LEITO: 5538			
DATA: 19/04/14	DIAG.:	DIAS DE INT:	PESO:	C. ABD.	ESTAT.

PORTCATH	AVP	CVC	SVD	SNG () / SNE () GTT () / JTT ()	TOT
----------	-----	-----	-----	--	-----

GRAU DE DEPENDÊNCIA BASEADO EM PERGUNTA								
ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	☒	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO		DESORIENTADO OU AGITAÇÃO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIAS		TÓRPOROSO OU INCONSCIENTE	
OXIGENAÇÃO	EM AR AMBIENTE	☒	MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ INTERMITENTE		MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ CONTÍNUO		VENTILAÇÃO MECÂNICA TRACHEOSTOMIA	
SINAIS VITAIS	SNHS		SNHS	☒	4RHS		32RS OU MENOS	
MOTILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS		LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS	☒	ENFERMAGEM AJUDA MUDANÇA DE DECÚBITO		ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE		DEAMBULA COM AUXÍLIO		DEAMBULA COM CADEIRA DE RODAS		RESTRITO AO LEITO	☒
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE		VO COM AUXÍLIO	☒	SNG / SNE / GTT / JTT		NPP	
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE		CHUVEIRO COM AUXÍLIO		CADEIRA, HIGIENE ORAL		NO LEITO	☒
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE		VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO		COMADRE / PAPAGAIO	☒	NO LEITO, SVD OU DISPOSITIVOS URINÁRIOS	
TERAPÊUTICA	IM / VO		EV INTERMITENTE	☒	EV CONTÍNUO OU POR SNG / SNE		DROGAS VASOATIVAS	
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE		POUCO SOLICITANTE		MUITO SOLICITANTE		NECESSITA ATENÇÃO CONSTANTE	☒
DETERMINAÇÃO DO GRAU	A. MÍNIMO 0		B. MÉDIA 1		C. MÁXIMO 2		D. TOTAL 24 - 30	

ESCALA DE DOR										
0	10									
ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA										
() 0	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6	() 7	() 8	() 9	() 10

a) Se não tiver dor, a classificação é zero.
b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é cinco.
c) Se for intensa, seu nível de referência é dez.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
22. Paciente em triagem, 2 de fevereiro de 2014, com dor constante, orientado, estável, em ventilação, com SNG e SNE. Durante a internação, paciente é com edema e alguns sintomas de dor, com uso de analgésicos de prescrição em regime de dose fixa, após avaliação de enfermagem.	CONF. EVOLUÇÃO
CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A. 17 JUN. 2014 DPVAT	

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO – ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ORA	PA	PULSO	T _{ax}	FR	NOME COREN
11:00	130x80	68	36,5°	20	Alisson T. Mendes P. Silva Téc. de Enfermagem COREN: 152553
12:00	140x80	72	36,7°	20	
13:00	120x80	80	36	20	Alisson T. Mendes P. Silva Téc. de Enfermagem COREN: 152553
15:00	130x80	78	36,4	20	Alisson T. Mendes P. Silva Téc. de Enfermagem COREN: 152553

	MANHÃ	TARDE	NOITE	TOTAL	NOME COREN
DIURESE			0,50		
EVACUAÇÕES			—		
VÔMITO			—		
DRENO			—		
SONDA			—		

HORÁRIO	— HS	— HS	— HS	— HS	— HS	— HS	— HS	— HS	TOTAL	NOME/COREN
ALIMANTAÇÃO DA SNE									—	
POSIÇÃO DA CABECEIRA										
ÁGUA										
DIETA										
RESÍDUO GÁSTRICO										

07:00 = Recebi paciente a pré-operatório de Fratura de patela no joelho D, segue comunit, enclatado, com Hvp, ate acintado deite quicido, diurese espontanea, segue em observação.	
11:00 = Paciente referindo dor em HTP, foi medicado com iten 02, CPM.	
13:00 = Paciente foi medicado com difenar + ag (cu), CPM.	
15:00 = Realizate imobilização de HTP qm avaliação medica, procedido de realizate fide de dreno de antipido, realizate curativo de escarificao em HTP.	
15:30 = Realizate banho no elato, colocade calção antecubito, paciente encante-se com curativo preventivo em região sacral.	
17:00 = Paciente foi medicado com iten 07, CPM.	
19:00 = Paciente foi medicado com iten 02, CPM.	
19:00 Recebi paciente de Fratura patela do joelho D. Segue com Veneoclise Pericardio, diurese espontanea, segue em cuidado da enfermeira.	
20:00 - a diurese de 1 litro 8	
21:00 - a diurese de 1 litro 6	
22:00 - a diurese de 1 litro 2	
23:00 - a diurese de 1 litro 7	
24:00 - Segue em cuidado da enfermeira.	
25:00 - Realizate banho no elato, colocade calção antecubito.	
26:00 - Realizate banho no elato, colocade calção antecubito.	

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
INTERNAÇÃO - EVOLUÇÃO

ATEND: 1193887 NOME: Everton Erick Silva LEITO: 553 B
DATA: 20/04/14 DIAG: frat de fístula fecal DIAS DE INT: 1 PESO: 70 C. ABD. 1 ESTAT. 1

CONTROLE HORAS PARA INSERÇÃO DE CATETERES E SONDAS

PORTCATH	AVP	CVC	SVO	SNG () / SNE () GTT () / JTT ()	TOT
----------	-----	-----	-----	--	-----

GRAU DE DEPENDÊNCIA BASEADO EM DEPENDÊNCIA

ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	☒	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO	☐	DESORIENTADO OU AGITAÇÃO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIAS	☐	TORPOROSO OU INCONSCIENTE	☐
OXIGENAÇÃO	EM AMBIENTE	☒	MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ INTERMITENTE	☐	MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ CONTÍNUO	☐	VENTILAÇÃO MECÂNICA TRACQUEOSTOMIA	☐
SINAIS VITAIS	24HS	☒	24HS	☐	24HS	☐	24HS OU MENOS	☐
MOTILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS	☒	LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS	☐	ENFERMAGEM AUXILIA MUDANÇA DE DECÚBITO	☒	ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	☐
DEAMBULAÇÃO	AMBUANTE	☒	DEAMBULA COM AUXÍLIO	☐	DEAMBULA COM CADEIRA DE RODAS	☐	RESTRITO AO LEITO	☒
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE	☒	VO COM AUXÍLIO	☐	SNG / SNE / GTT / JTT	☐	NPP	☐
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE	☒	CHUVEIRO COM AUXÍLIO	☐	CADERA, HIGIENE ORAL	☐	NO LEITO	☒
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE	☒	VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO	☐	COMADRE / PAPAGAIO	☒	NO LEITO, SVO OU DISPOSITIVOS URINÁRIOS	☐
TERAPÊUTICA	IM / VO	☒	EV INTERMITENTE	☐	EV CONTÍNUO OU POR SNG / SNE	☒	DROGAS VASOATIVAS	☐
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE	☒	POUCO SOLICITANTE	☐	MUITO SOLICITANTE	☐	NECESSITA ATENÇÃO CONSTANTE	☐
DETERMINAÇÃO DO GRAU	MINIMAL: 0 - 1		B: 2 - 3		MUITA: 4 - 5		TOTAL: 6 - 10	

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

a) Se não tiver dor, a classificação é zero.
b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é cinco.
c) Se for intensa, seu nível de referência é dez.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

07:00H Paciente em estado geral regular, consciente, orientado, afebril, normotensa, saturação de oxigênio 98%, hidratação adequada, perfusão periférica adequada, emissão de sons pulmonares presentes, sem uso de medicação em M.F.D. Segue em cuidados de enfermeira.

Assinatura: Adriana F. da Silva Lúcia Leite
Enfermeira
C.R.C. 100.100

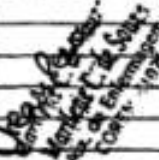
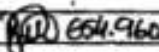
CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
17 JUN. 2014
DPVAT

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
INTERNAÇÃO – ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

DRA	PA	PULSO	T _{ax}	FR	Medicamento
11:00	140/90	76	36.2°	20	Albendazole
12:00	130/80	80	36.9°	20	Granisetron
12:00	130/80	70	36.1°	18	Paracetamol

	MANHÃ	TARDE	NOITE	TOTAL	NOME COREN
DIURESE	+	+	+		
EVACUAÇÕES					
VÔMITO					
DRENO					
SONDA					

[illegible]

7:00	Recebi paciente em pré de fratura de patela de joelho direito, jovem, acordado, consciente, orientado, afil, apetite conservado, em HVP, eliminação preservada (sic), segue em meiquinho no leito. 11:00 Administração de medicação item 2 C.P.M. 17:00 Administração de medicação item 7 C.P.M. 19:00 Administração de medicação item 2 C.P.M., paciente segue aos cuidados da enfermagem.	
19:00	Recebi paciente consciente, orientado, afil, em pré-operatório de patela de joelho direito, acordado, dieta em repouso no leito, com hemoclise, segue aos cuidados da enfermagem.	
21:00	Adm. medicação (CPM) do item 08.	
01:00	Adm. medicação (CPM) do item 06.	
03:00	Adm. medicação (CPM) do item 02.	
05:00	Adm. medicação (CPM) do item 07.	
7:00	Paciente evoluiu bem - interconsulta	 654.960

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
INTERNAÇÃO - EVOLUÇÃO

ATEND: 1193887 NOME: Evertton Erick Silva LEITO: 553B
DATA: 04/04/14 DIAG: fratura de tíbia e fíbula DÍAS DE INT: PESO: C. ABD. ESTAT.

PORTACATH: AVP: CVC: SVO: SNG () / SNE () OTT () / JTT () TOT:

GRUPO DEPENDÊNCIA FAST-AB-EMERGENCY								
ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	☒	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO		DESORIENTADO OU AGITAÇÃO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIAS		TORPOROSO OU INCONSCIENTE	
OXIGENAÇÃO	EM AR AMBIENTE	☒	MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ INTERMITENTE		MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ CONTÍNUO		VENTILAÇÃO MECÂNICA TRAQUEOSTOMIA	
SINAIS VITAIS	SINAIS		SINAIS	☒	SINAIS		32ºS OU MENOS	
MOTILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS		LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS		ENFERMAGEM AUXÍLIA MUDANÇA DE DECÚBITO		ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	☒
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE		DEAMBULA COM AUXÍLIO		DEAMBULA COM CADEIRA DE RODAS		RESTRITO AO LEITO	☒
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE		VO COM AUXÍLIO	☒	SNG / SNE / GTT / JTT		NPP	
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE		CHUVEIRO COM AUXÍLIO		CADDEIRA, HIGIENE ORAL		NO LEITO	☒
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE		VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO		COMADRE / PAPAGAIO	☒	NO LEITO, SVO OU DISPOSITIVOS URINÁRIOS	
TERAPÊUTICA	IM / VO		EV INTERMITENTE	☒	EV CONTÍNUO OU POR SNG / SNE		DROGAS VASOATIVAS	
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE		POUCO SOLICITANTE		MUITO SOLICITANTE	☒	NECESSITA ATENÇÃO CONTANTE	
DETERMINAÇÃO DO GRAU		De 0 a 10 - MÍNIMO 0 - MÁXIMO 10		De 0 a 10 - MÍNIMO 0 - MÁXIMO 10		De 0 a 10 - MÍNIMO 0 - MÁXIMO 10		



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

07/04/14 Paciente em estado geral regular, consciente, orientado, febre no submento hídrico e axila esquerda, em uso de insulínica, com curativos preventivos na região da sutura e calcâneo, calção para suado, elixir na boca, segue em cuidados de enfermeira Aldemir Costa.

Enfermeira F. de Silva Lúcia Lemos

GENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

17 JUN. 2014

DIPVAT

CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

36

ORA	PA	PULSO	T ₂₈	FR	NOME COREN
11:00	120/80	79	36.0	39	M ^{re} JACQUELINE 20845 JL. 20845
13:00	120/80	78	36.2	18	
14:00					
15:00					

[illegible]

04:00 Recebi o paciente, consciente, orientado, eupneico, acomodado, devido a fratura de patela direita, lesão no fêmur. O mesmo realizou ambos os litos. Segue aos cuidados da equipe.

11:00 Paciente medicado com o ilon 2 EV.

13:00 Recebi paciente do técnico Elviston.

11:00 Paciente aos prontos socorros.

14:00 Administrado med. prescrita.

11:00 Medido SIVV.

16:00 Administrado med. prescrita.

Segue aos cuidados da enfermagem.

17:00 Recebi o Sr. de Reparo no litos a fratura de patela no pós-operatório, com dor e inchaço no SIVV. Foi feita perfuração, diurese e analgesia.

20:00 Medido SIVV 35 cm, ad. int. 8.

01:00 ad. int. 7.

5:00 ad. int. 4. Medido SIVV, realizado os litos e trocas de curativos e registro de os curativos de enfermagem.

Naigdo 20/08/2018

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
INTERNAÇÃO - EVOLUÇÃO

ATEND: 1193887 NOME: Everton Bruck Silva LEITO: 5538
DATA: 22/07/14 DIAG: Predecesse de DIAS DE INT: PESO: C. ABD. ESTAT.

PORTACATH AVP CVC SVD SNG / SNE / GTT / JTT TOT

ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	☒	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO		DESORIENTADO OU AGITAÇÃO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIAS		TORPOROSO OU INCONSCIENTE	
OXIGENAÇÃO	EM AMBIENTE	☒	MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ INTERMITENTE		MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ CONTÍNUO		VENTILAÇÃO MECÂNICA TRACHEOSTOMIA	
SINAIS VITAIS	SBVS		SBVS	☒	SBVS		27HS OU MENOS	
MOTILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS		LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS	☒	ENFERMAGEM ADOLETA MUDANÇA DE DECÚBITO		ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE		DEAMBULA COM AUXÍLIO		DEAMBULA COM CADERA DE RODAS		RESTRITO AO LEITO	☒
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE		VO COM AUXÍLIO	☒	SNG / SNE / GTT / JTT		NPP	
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE		CHUVEIRO COM AUXÍLIO		CADERA, HIGIENE ORAL		NO LEITO	☒
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE		VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO		COMADRE / PAPAGAIÃO	☒	NO LEITO, SVD OU DISPOSITIVOS URINÁRIOS	
TERAPÊUTICA	IM / VO		EV INTERMITENTE		EV CONTÍNUO OU POR SNG / SNE	☒	DRUGAS VASOATIVAS	
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE		POUCO SOLICITANTE		MUITO SOLICITANTE	☒	NECESSITA ATENÇÃO CONSTANTE	
DETERMINAÇÃO DO GRAU	MÍNIMO		MÉDIO		MÁXIMO		TOTAL: 24-30	

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

a) Se não tiver dor, a classificação é zero.
b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é cinco.
c) Se for intensa, seu nível de referência é dez.

Obs: Paciente, pegue um pedaço de folha de papel em
pequeno pedaço, enrole, pinte no leito, com
uma, duas, três, quatro, cinco, seis, sete, oito, nove, dez.

Dra Euleneide C. O. Souza
Enfermeira
CRM 1077

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 JUN. 2014

DPVAT

F(NG).ENF.1055-1

38

CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
INTERNAÇÃO – ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

	MANHÃ	TARDE	NOITE	TOTAL	NOME COREN
DIURESE					
EVACUAÇÕES					
VÔMITO					
DRENO					
SONDA					

[illegible]

07:00 = Recebi paciente em pré-quirurgia de Fractura de patela em
 Joelho D, segue com curativo, via oral, está acordado disto separado
 com UVP, com HTP inabilizada, diurese espontânea, segue
 em observação =

10:30 = Paciente segue bem, curativo em Joelho D, segue com curativo, via oral, está acordado disto separado
 com UVP, com HTP inabilizada, diurese espontânea, segue
 em observação =

11:00 = Paciente foi medicado com item 02, CPM =

11:30 = Paciente foi medicado com item 03, CPM =

12:00 = Paciente foi medicado com item 02, CPM =

17:00 = Paciente foi medicado com item 02, CPM =

18:00 = Paciente foi medicado com item 02, CPM =

19:00 = Paciente foi medicado com item 03, CPM =

19:00 = Paciente segue em observação =

19:00 = Recebi paciente em pré-quirurgia de patela
 em Joelho direito, consciente e orientado,
 repousando em seu leito, com remissão,
 segue sem queixas ou cuidados da enfermeira,
 administrado medicação (CPM) de
 item 09, 02, 03, 08 e 02, paciente em um
 sem intercorrências.

Pro: Romulo
654.9612

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO - EVOLUÇÃO

ATEND: 119387	NOME: Brenton Erick Silva	LEITO: 553B
DATA: 23/04/14	DIAG.: Pru de gesturo de pto	DIAS DE INT: PESO: C. ABD. ESTAT.

PORTCATH	AVP	X	CVC	SYD	SNQ() / SNE() GTI() / JTI()	TOT
----------	-----	---	-----	-----	------------------------------------	-----

ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	X	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO		DESORIENTADO OU AGITADO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIAS		TÓRPOROSO OU INCONSCIENTE	
COGNAÇÃO	EM AR AMBIENTE	X	MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ INTERMITENTE		MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ CONTÍNUO		VENTILAÇÃO MECÂNICA TRAQUEOSTOMIA	
SINAIS VITAIS	MBHS		SBHS	X	MBHS		2/2HS OU MENOS	
MOTILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS		LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS		ENFERMAGEM AJUDA MUDANÇA DE DECÚBITO	X	ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE		DEAMBULA COM AUXÍLIO		DEAMBULA COM CADEIRA DE RODAS	X	RESTRITO AO LEITO	
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE		VO COM AUXÍLIO	X	SNO / SNE / GTT / JTT		NPP	
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE		CHUVEIRO COM AUXÍLIO		CADEIRA, HIGIENE ORAL	X	NO LEITO	
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE		VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO		COMADRE / PAPAGAIO	X	NO LEITO, SVO OU DISPOSITIVOS URRINÁRIOS	
TERAPÊUTICA	IM / VO		EV INTERMITENTE	X	EV CONTÍNUO OU POR SNO / SNE		DROGAS VASOATIVAS	
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE		POUCO SOLICITANTE		MUITO SOLICITANTE	X	NECESSITA ATENÇÃO CONSTANTE	
DETERMINAÇÃO DO GRAU	A - MÍNIMA: 0 - 4		B - MÉDIA: 5 - 14		C - MÁXIMA: 15 - 23		D - TOTAL: 24 - 30	



Figure 1 shows the Visual Analog Scale (EVA) used for pain assessment. The scale is a horizontal line with tick marks from 0 to 10. Above the line, the text "NÃO DOR" (No Pain) is positioned above 0, "DOR MODERADA" (Moderate Pain) is positioned above 5, and "DOR INTENSA" (Intense Pain) is positioned above 10. Below the line, the numbers 0 through 10 are enclosed in parentheses. The number 3 has an 'X' marked over it. To the right of the scale, there is a box containing three instructions: "a) Se não tiver dor, a classificação é zero." (If you have no pain, the classification is zero.), "b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é cinco." (If the pain is moderate, your reference level is five.), and "c) Se for intensa, seu nível de referência é dez." (If it is intense, your reference level is ten.).

07:00	Paciente consciente, orientado, eupórico, sem presun- ção, acutado, com AUP, ausência de ex- pansão, ausência de dor e exantema com MID indolizado e com proteção de sítio por pressão - 6/5	
	Emmanuelly de Almeida Morais Enfermeira COREN: 199775-PB/PE-ENF-15	
		DENTAURO
		VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
		17 JUN. 2014
		DPVAT

**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
INTERNAÇÃO - ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

HORA	PA	PULSO	T. ax	FR	NOME
11:00	220/70	76	36.2	39	Everton Fabricio
21	100	80	36.4	20	Everton Fabricio
06	115	79	36	20	Everton Fabricio

	MANHÃ	TARDE	NOITE	TOTAL	NOME COREN
DIURESE			asp		
EVACUAÇÕES					
VÔMITO					
DRENO					
SONDA					

HORÁRIO	__ HS	__ HS	__ HS	__ HS	__ HS	__ HS	__ HS	__ HS	TOTAL	NOME/COREN
MARCAÇÃO DA SNE										
POSIÇÃO DA CABECEIRA										
ÁGUA										
DIETA										
RESÍDUO GÁSTRICO										

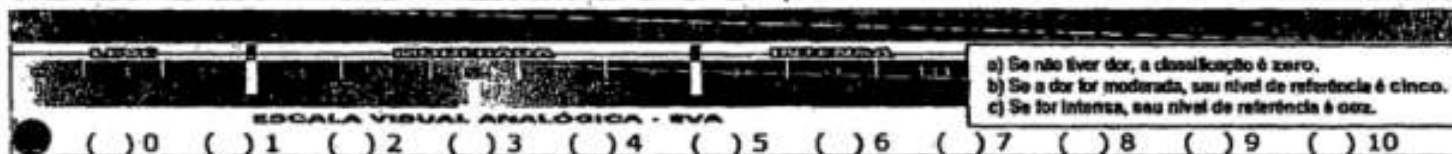
07:00	Recebi o paciente, consciente, orientado em meios, com acesso venoso periférico, com um pré-operatório de patela. Segue sob cuidados da equipe.	Everton Fabricio
11:00	Realizado medicação item: 3 - Ev - u	Everton Fabricio
12:00	Realizado medicação item: 2 - VO - u	Everton Fabricio
17:00	Realizado medicação item: 8 - Ev - u	Everton Fabricio
18:00	Realizado medicação item: 2 - Ev - u	Everton Fabricio
19:00	Realizado medicação item: 3 - Ev - u	Everton Fabricio
19:00	Recebi paciente no pré-operatório, balcão de entrada e tipo de seguimento venoso periférico, segue espontaneamente, segue sob cuidados da enfermagem.	
21	administrado medicamento item 7, 9	
24	administrado medicamento item 2	
23	administrado medicamento item 3	
05	administrado medicamento item 8	
06	administrado medicamento item 2	

**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
INTERNAÇÃO - EVOLUÇÃO**

ATEND: 1193887 NOME: EVERSON ENCK SILVA LEITO: 5518
DATA: 24/04/14 DIAG: fm fubum de p... de p... DIAS DE INT: PESO: C. ABD: ESTAT:

PORTCATH AVP CVC SVO SNG / SNE / GTT / JTT TOT

ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	<u>C</u>	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO		DESORIENTADO OU AGITAÇÃO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIAS		TORPOROSO OU INCONSCIENTE	
OXIGENAÇÃO	EM AR AMBIENTE	<u>C</u>	MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ INTERMITENTE		MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ CONTÍNUO		VENTILAÇÃO MECÂNICA TRAQUEOSTOMIA	
GNAS VITAIS	SVHS		SVHS	<u>C</u>	4HS		22HS OU MENOS	
MOTILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS		LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS	<u>C</u>	ENFERMAGEM AUXÍLIA MUDANÇA DE DECÚBITO		ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE		DEAMBULA COM AUXÍLIO		DEAMBULA COM CADERA DE RODAS		RESTRITO AO LEITO	<u>C</u>
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE		VO COM AUXÍLIO	<u>C</u>	SNG / SNE / GTT / JTT		NPP	
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE		CHUVERO COM AUXÍLIO		CADERA, HIGIENE ORAL		NO LEITO	<u>C</u>
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE		VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO		COMADRE / PAPAGAIO	<u>C</u>	NO LEITO, SVO OU DISPOSITIVOS URBÁRIOS	<u>C</u>
TERAPÊUTICA	IM / VO		EV INTERMITENTE	<u>C</u>	EV CONTÍNUO OU POR SNG / SNE		DROGAS VASOATIVAS	
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE		POUCO SOLICITANTE		MUITO SOLICITANTE		NECESSITA ATENÇÃO CONSTANTE	<u>C</u>
DETERMINAÇÃO DO GRAU	MÍNIMO: 0-4		MÉDIO: 5-14		MÁXIMO: 15-23		TOTAL: 24-30	



7.11. Realizada em 14/04/2014 a avaliação de fubum de p... de p... constante
deambulação, sng, svhs, em ambiente, p... de p... de p...
deambulação, sng, svhs, em ambiente, p... de p... de p...
deambulação, sng, svhs, em ambiente, p... de p... de p...

19:30H Paciente enc. ao bloco. Ademir F. da Silva
03:54H Paciente retornou do bloco, constante Ademir F. da Silva
acordado, M... g... H... de p... de p...
SVO, eliminação... de p... de p...
de p... de p... Ademir F. da Silva

Ademir F. da Silva
Enfermeira
COPEN 308108

11 JUN. 2014

DPVAT

F(NG).ENF.1055-1

CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
INTERNAÇÃO – ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	PULSO	T _{ax}	FR	NOME
11:00	110x70	72	36.2	20	Mariela Costa Souza
12:00	110x80	90	39.2	20	João de Deus
	110x80	78	36.7		João de Deus
					269411

	MANHÃ	TARDE	NOITE	TOTAL	NOME COREN
DIURESE	+	+	1.600		
EVACUAÇÕES					
VÔMITO					
DRENO			42		
SONDA					

[illegible]

7:00	Paciente evolui em pré-operatório de natureza de patela corneante, orientado, afébril, aceitando a dieta, em HVP, extinguidas, preservadas MIA imobilizado e enfiado. do. 11:00 Administrado medicação item 3 C.P.M. / 12:00 Administrado medicação item 2 C.P.M. / 13:00 Administrado medicação item 8 C.P.M., paciente apresentando temperatura 39, ° medicada com o item 6 C.P.M. / 18:00 Administrado medicação item 2 C.P.M.
19:00	Administrado medicação item 3 C.P.M. paciente segue em dieta suspensa aguardando procedimento hoje a noite, e aos cuidados da enfermagem.
19h	Recibo plantão do paciente em repouso no leito em pré-operatório
19:10	Paciente enc. ao B.C.
01:15	Paciente retorna do B.C. em uso de dreno de sucção + SVD
03h	Adm. med. epm
05h	Adm. med. epm

Assinatura _____
Data ____/____/____
CÓPIA PARA O PACIENTE

Sessão da Silva Santos
Aux. de Enfermagem
OCTUBRO 2011

ATEND:	NOME:	LEITO: 553 B
DATA: 25/04/14	DIAG: Q01 de Frat. felela joelho	DIA DE INT: PESO: C. ABD. ESTAT.

PORTCATH	AVP	CVC	DVD	SNG () / SNE () GTT () / JTT ()	TOT
----------	-----	-----	-----	--	-----

ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	☒	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO		DESORIENTADO OU AGITAÇÃO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIAS		TORPOROSO OU INCONSCIENTE	
OXIGENAÇÃO	EM AR AMBIENTE	☒	MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ INTERMITENTE		MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ CONTÍNUO		VENTILAÇÃO MECÂNICA TRAQUEOSTOMIA	
SINAIS VITAIS	SBHS		SBHS	☒	4/4/5		3/3/3 OU MENOS	
MOTILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS		LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS		ENFERMAGEM AUXÍLIO MUDANÇA DE DECÚBITO		ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	☒
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE		DEAMBULA COM AUXÍLIO		DEAMBULA COM CADDEIRA DE RODAS		RESTRITO AO LEITO	☒
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE		VO COM AUXÍLIO	☒	SNG / SNE / GTT / JTT		NPP	
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE		CHUVEIRO COM AUXÍLIO		CADDEIRA, HIGIENE ORAL		NO LEITO	☒
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE		VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO		COMADRE / PAPAGAIO		NO LEITO, SVD OU DISPOSITIVOS URINÁRIOS	☒
TERAPÊUTICA	M / VO		EV INTERMITENTE	☒	EV CONTÍNUO OU POR SNG / SNE		DROGAS VASOATIVAS	
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE		POUCO SOLICITANTE		MUITO SOLICITANTE	☒	NECESSITA ATENÇÃO CONSTANTE	
DETERMINAÇÃO DO DRAU								

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA										
() 0	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6	() 7	() 8	() 9	() 10

a) Se não tiver dor, a classificação é zero.
b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é cinco.
c) Se for intensa, seu nível de referência é oze.

07:00H Paciente em estado geral regular, Pós de Fratura de, folela do joelho direito, Fo oclusiva, gessada / drenu de succion, 4VP, NSA, consciente, orientado, afebril, sem murmure, acordado, sub. elim. normais presentes. Se fize aos cuidados da equipe. *Atencio P. de Siqueira Leite*
Enfermeira
COREN 308403

CENTRO
VIDA E PREVIDENCIA S/A

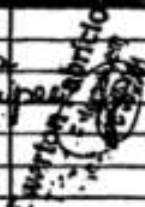
17 JUN. 2014

DEMAT

HORA	PA	PULSO	T _{ax}	FR	NOME
11:00	120/90	79	36.5	19	Walter Fabricio
12:00	120/90	84	36.8	19	Walter Fabricio
13:00	120/90	76	37.5	20	Walter Fabricio
14:00	110/70	80	36.0	20	Walter Fabricio

	MANHÃ	TARDE	NOITE	TOTAL	NOME COLEN
DIURESE			Rec-t		F. 10-10-1968 T. 10-10-1968 C. 10-10-1968
EVACUAÇÕES					
VÔMITO					
DRENO <i>25cc</i>	<i>2</i>	<i>25ml</i>	<i>0</i>		
SONDA <i>V.D.</i>	<i>1.500</i>	<i>1.500</i>			

[illegible]

07:00	Recebi o paciente, consciente, orientado, eupneico, em PO2 de patuna de patula direita. Em occlusão, gessada com dreno de sucção de S&P. segue aos cuidados da equipe.	
09:00	Paciente medicado com o item: 2 - EV — — — —	
13:00	Paciente medicado com o item: 3 - EV — — — —	
15:00	Paciente medicado com o item: 2 e 8 - EV — — — —	
19:00	Recebi pelo 1º AP de pulso, de patula no S&P PI Uteropériférica em uso de S&P diagnose: presença de repouso no leito. Há adn. manual e cefalotom. EV. Uterif. S&P. Reflexo S&P e despresão de dreno 22:00 ad. local. UO. 25:00 Uterif. S&P e ad. manual. Uterif. EV. segue aos cuidados da enfermeira.	
17 JUN. 2014 DPVAT		

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
INTERNAÇÃO – ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	PULSO	Tax	FR	NOME COREN
12:00	120/80	80	36,2	20	Jaqueline
17:00	130/80	80	36,2	20	Jaqueline
21h	120/80	80	36,2	20	Jaqueline
06h	120/80	80	36,2	20	Jaqueline

	MANHÃ	TARDE	NOITE	TOTAL	NOME COREN
DIURESE					
EVACUAÇÕES					
VÔMITO					
DRENO					
SONDA					

HORÁRIO	__HS	__HS	__HS	__HS	__HS	__HS	__HS	__HS	__HS	TOTAL	NOME COREN
MARCAÇÃO DA SNE											
POSIÇÃO DA CABECEIRA											
ÁGUA											
DIETA											
RESÍDUO GÁSTRICO											

07:00	Paciente presente em 1º dpo de fratura de patela e MID, segue em 4VP, IF - o pulmão, com diáfragma de sucção, diurese espontânea, segue a observação.	
09:00	Paciente foi medicada com item 02, CPM.	
10:00	Paciente foi medicada com item 07, EPM.	
13:00	Paciente foi medicada com item 03, CPM.	
15:00	Paciente foi medicada com item 02, 03, EPM.	
14:50	Paciente foi trocada o soro venoso fisiológico por soro de manutenção de 1 litro, foi repulverizada e MSE.	
19:00	Paciente segue a observação.	
19h	Paciente evolui em 1º dpo de fratura de patela e MID, em 4VP, com diáfragma de sucção, diurese espontânea, segue a observação da enfermagem.	
21h	Segue medicada do item 2, 3.	
23h	Segue medicada do item 4.	
01h	Segue medicada do item 2, 8.	
07h	Segue medicada do item 3.	
07h	Paciente segue nos cuidados da enfermagem.	

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
17 JUN. 2014
DPVAT

17



DIANE TAM
EVERTON ERICK SILVA GOMES

AL: 1103887 UNIMED JOAO PES:30A

Dt Attend: 18/04/2014 22:28:00

DI ANFIAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

ACÇÃO - EVOLUÇÃO

ATEND:	NO Carteira: 0335002000845107				LEITO: 553	
DATA: 26/04/14	DIAG: 1º DPO de trauma		DIAS DE INT:	PESO:	C. ABD.	ESTAT.

[illegible]

ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	✓	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO		DESORIENTADO OU AGITAÇÃO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIAS		TÓRPOROSO OU INCONSCIENTE	
OXIGENAÇÃO	EM AR AMBIENTE	✓	MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ INTERMITENTE		MÁSCARA OU CATETER DE O ₂ CONTÍNUO		VENTILAÇÃO MECÂNICA TRAQUEOSTOMIA	
SINAIS VITAIS	SMS		SMS	✓	4/6/8/12		≥ 2/15 OU MENOS	
MOTILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS		LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS	✓	ENFERMAGEM AUXÍLIA MUDANÇA DE DECÚBITO		ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE		DEAMBULA COM AUXÍLIO	✓	DEAMBULA COM CADREIRA DE RODAS		RESTRITO AO LEITO	✓
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE	✓	VO COM AUXÍLIO		SNG / SNE / GTT / JET		NPP	
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE		CHUVEIRO COM AUXÍLIO		CADREIRA, HIGIENE ORAL		NÃO LEITO	
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE	✓	VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO		COMADRE / PAPADAIO		NÃO LEITO, SVO OU DISPOSITIVOS UROLÓGICOS	
TERAPÊUTICA	BM / VO		EV INTERMITENTE	✓	EV CONTÍNUO OU POR SNG / SNE		DROGAS VASOATIVAS	
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE		POUCO SOLICITANTE	✓	MUITO SOLICITANTE		NECESSITA ATENÇÃO CONSTANTE	

DETERMINAÇÃO DO GRAU	VALOR A - MINIMA 3,2	VALOR B - MEDIA 5,14	VALOR C - MEDIA 10,21	VALOR D - TOTAL 21,55
----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------

Figura 1: Escala Visual Analógica - EVA. A escala é uma barra horizontal com uma escala numérica de 0 a 10. A barra deslizante está posicionada no valor 5. A escala é rotulada "ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA".

a) Se não tiver dor, a classificação é zero.
 b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é cinco.
 c) Se for intensa, seu nível de referência é dez.

7h	facient em 1º DPO de fratura de patela e Joelho, ETE, KVP, duvidosa espontânea MID em tornozelo, dreno de sucção. began aos cuidados de enfermagem.	Neuclia Amorim Monte Enfermeira COREN-PB 36109
----	--	--

F(ING)LENF.1055-1

CONFERE COM ORIGINAL
Hospital Unimed João Pessoa