

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **SEVERINO DA SILVA GONCALVES**

Nº Sinistro: **3180433885**

Vitima: **SEVERINO DA SILVA GONCALVES**

Data do Acidente: **17/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180433885**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13404197



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Autorização de pagamento



Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	068.065.224-83	Severino da Silva Gonçalves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Severino da Silva Gonçalves		068.065.224-83		Agricultor	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Severino Sales		19		Casa	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Mahinas	Serra Branca	Paraíba	58.580-000	(83) 99647-2962	
Email					
saraiahda@outlook.com					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
NRO.		NRO.	
3315		37748	4
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	NRO.
Nome	
AGÊNCIA	CONTA
NRO.	NRO.
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

S. Branca (PB), 31 de agosto de 2018.

Local e Data

Severino da Silva Gonçalves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

3355.013.37748-4

Espaço reservado para preenchimento do número do conta

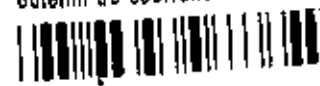
Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101	0800-726 2492	0800-725 7474
Reclamações, sugestões e elogios.	Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou de fala.	Ouvidoria

37.158 v004

45.000.000.51-2016





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - MONTEIRO
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SERRA BRANCA



OCORRÊNCIA POLICIAL nº 304/2018 – Fls. 138 v.

Aos **QUINZE** dias do mês de **AGOSTO** do ano de dois mil e **DEZOITO**, na Delegacia de Polícia Civil de **Serra Branca/PB**, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil **José Edson de Vasconcelos**, comigo escrivão de seu cargo ao final assinado, ai por volta das **08h30min**, compareceu a Sr^a. **TÂNIA MARIA GONÇALVES DA SILVA**, brasileiro, casada, agricultora, nascida em 15/10/1963, com 54 anos de idade, natural de Serra Branca/PB, RG 1.138.213- 2ª via – SSP/PB, CPF 361.595.224-34, filha de Antonio Sabino Gonçalves e de Hozana Tavares Maciel, residente na Rua Severino Sales Pimentel, 18 - Pereiros, Serra Branca, fone 9 96551855. **INFORMANDO**: QUE no dia **17 de maio de 2018** o seu Esposo **SEVERINO DA SILVA GONÇALVES**, brasileiro, casado, RG 2.555.628 – SSP/PB, conduzia a **MOTOCICLETA HONDA / CG 150 FAN ESDI, PLACA NOE 1131/PB, COR VERMELHA, CHASSI 9C2KC1680ER491954**, licenciada em nome de **KARLA AMANDA GONÇALVES GUILHERME**, no sentido Sítio Tamboril a cidade de Serra Branca/PB; QUE, próximo ao Sítio Jatobá o mesmo perdeu o controle da Motocicleta vindo a **CAIR**; QUE, foi socorrido para o Hospital Geral de Serra Branca onde realizaram os procedimentos; QUE, após sete dias foi encaminhado para o Hospital de Trauma de Campina Grande onde foi constatado duas Fraturas em sua Perna Esquerda; QUE, diante da gravidade o mesmo passou por quatro intervenções Cirúrgicas . Nada mais disse.

Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao registro da Ocorrência, que originou a presente Certidão. (Artigo 299 do CPB).

[Assinatura]

[Assinatura]

NOTIFICANTE: *Tânia Maria Gonçalves da Silva*

CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE SERRA BRANCA/PB
Av. Dep. Abreu Guadalupe, 12 - Centro - Fone: (51) 3354-2242 - cartorio@tribuna.com.br (3354-2242)
Tribuna, Rua Mônica Cristina Azeiteiro de Melo

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé.
(Art. 363 - III do CPC).

12.0 AGO 2018

TÂNIA POLÍCIA

Bel. Mônica C. A. de Melo

ABELIA PÚBLICA

Selo Digital **AB314830-414N**
Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME:

**SEVERINO DA SILVA GONÇALVES
TÂNIA MARIA GONÇALVES DA SILVA**

MATRICULA:

0712660155 2013 2 00011 065 0003013 14

Certidão de casamento



NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CONJUGES

SEVERINO TOMÉ DA SILVA, nascido em doze de novembro de um mil novecentos e oitenta e um (12/11/1981), natural de Boqueirão-PB, brasileiro. Filho de Izalas Francisco da Silva e Ivete Tomé da Silva.

TÂNIA MARIA GONÇALVES, nascida em quinze de outubro de um mil novecentos e sessenta e três (15/10/1963), natural de Serra Branca-PB, brasileira. Filha de Antonio Sabino Gonçalves e Hozana Tavares Maciel.

DATA DO REGISTRO DE CASAMENTO (POR EXTENSO):
dezoito de dezembro de dois mil e treze

DIA

18

MÊS

12

ANO

2013

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão Parcial de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

ELE: SEVERINO DA SILVA GONÇALVES

ELA: TÂNIA MARIA GONÇALVES DA SILVA

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

SEM OBSERVAÇÕES

Serviço Registral
das Pessoas Naturais de
Serra Branca - PB

CNPJ: 09.250.675/0001-63

Niobe Maracajá H. Coutinho
- Registradora Civil -

NOME DO OFÍCIO

Serviço Registral Niobe Maracajá H. Coutinho

OFICIAL REGISTRADOR

Niobe Maracajá Henriques Coutinho

MUNICÍPIO

Serra Branca-PB

ENDEREÇO

Rua: Cel. Manoel Gaudêncio, 43 - Centro Serra Branca-PB - CEP -
58500000 FONE: (83)96332048

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Serra Branca-PB, 18 de dezembro de 2013

Niobe Maracajá H. Coutinho

Niobe Maracajá Henriques Coutinho
Oficial do Registro Civil

Niobe Maracajá Henriques Coutinho
Registradora Civil

CNPJ 09.250.675/0001-63

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

EXAME PRIMÁRIO - D S CLÍNICOS

ORTO

GOVERNO
DO PARÁIBASECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Comprovação de ato declaratório



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1660200

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/05/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Francinivalva Almeida TorresPACIENTE: SEVERINO DA SILVA
GONCALVES

CEP: 58580000

Nascimento: 12/11/1981

Endereço: R SEVERINO SALES PIMENTEL

Sexo: M

Telefone: 96551855

Cidade: Serra Branca

Idade: 036

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: IVETE TOME DA SILVA

RG: 2555628

Nº: 18

Responsável:

CPF: 06806522483

Profissão:

Estado Civil:

Data de

Atend: 23/05/2018

CNS: 700403477274645

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

CONVÊNIO: SUS

Médico:

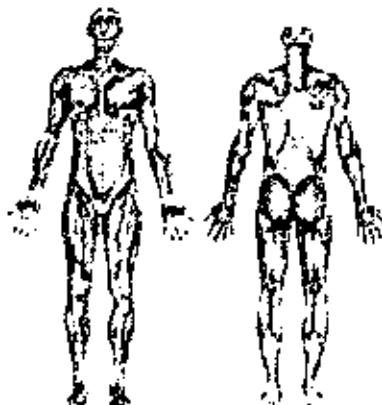
Hora: 09:11:43
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Eritema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Enfiamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorrêgia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Cortado | 32. Perforação |
| 15. F. Cortante | 33. Queda/mordida |
| 16. T. Corte-contuso | 34. Rinite |
| 17. F. Ferida-contuso | 35. Sinais de isquemia |
| 18. F. Ferida-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

DIAGNOSTICO / CID:

Grav. 1º Grau 2º Grau 3º Grau

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow

PA

HGT:

SatO2

TOMOGRAFIA

REALIZADA EM:

14/06/18

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

()

TOMOGRAFIA

REALIZADA EM:

21-05-18

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

às

Dia

Especialista:

às

Dia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Eduardo Braga Morais
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 03.658



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Severino da Silva Gonçalves

CPF da Vítima

068.065.224-83

Data do Acidente

17.05.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

SBranca PB, 31 de agosto de 2018

Local e Data

Severino da Silva Gonçalves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO DA SILVA GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03315

CONTA: 000000037748-4

Nr. da Autenticação 85752AA2FF1E5411

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, Severino da Silva Gonçalves

RG nº 2.555.628, data de expedição 18/05/14, Órgão SSP/PB,

CPF nº 068.065.224-83, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Severino Sales</u>
Número	<u>19</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Mahinas - Pereiros</u>
Cidade	<u>Serra Branca</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.580-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99647-2962</u>
E-mail	<u>sonaiasholanda@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Branca/PB, 31.08.18.

Assinatura do Declarante: Severino da Silva Gonçalves

Espasa

Emitted: 12/04/2018 Releaved: Jul/2019

CHATEAUBRIANT RESIDENCIAL / EADUA PERFEITA MONTE

Encetto 5 - 100 - 125 - 4250 N° atteso del 00000205260

ENERGIA FAMILIA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

U.S. - Canada Redoubt - 4020 Feet 001 P3 - CEP 5871 007

Case#08025183/0001-40 Page 15 of 15

Neto F. Lopez / Gerente de Energia Eléctrica 19000272@42

Digitized by eGangotri. Accession No: 00002015132

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista de próxima leitura	CPE/ CNPI/ RANI
-------------------	--------------	----------------------------------	-----------------

Jul / 2018	12/07/2018	13/08/2018	851,595,224.34
------------	------------	------------	----------------

DATE: 04/17/2016 TIME: 12:58 PM PAGE: 1 OF 1

UC (Unidade Consumidora): 5/251568-2

	Canal de contato	
--	------------------	--

ATENÇÃO - AVERIGUAÇÃO CADASTRAL 2018

Procedura a prefectura de la județe are 15/06/2018 pentru actualizare
 procedura a prefectura de la județe a metroului de la Târgu Jiu

Exemplos: Para mais informações sobre como a MDS-2000 pode ajudar a sua empresa, visite o site www.mds2000.com.

* Tarif Social de Energie Électrique - TSEE (01/01/2012) en Lit

10-439, de 26 de abril de 2014

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data anterior	Letura anterior	Data atual	Letura atual			
01/01/2010	00000	01/01/2010	00000	1	00	30

Demonstrative
Quembridge Trades 444 Essex Ave Boston, Mass 02118
Telephone: 617-552-1234

0001	Consumo até 30/04/2018	30,000	0,34	254,0	7,37	7,27	25	1,84	7,37	0,99	0,27
0001	Consumo - 31 a 10/05/2018	58,000	1,47	151,0	74,45	24,45	25	5,11	24,45	0,25	3,22
0001	Atic. P. Vermelha				0,27	0,27	25	0,02	3,27	0,03	0,16
0010	Subsídio				34,43	34,43	25	0,12	34,43	0,17	1,77
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0007	CONTRIB. EMPL. PUEJICA		0,19	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,03	0,00
0004	JUROS DE MORA 06/2018		0,21	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 05/2018		0,73	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018		0,37	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	Divulgação Subsídio		-25,73	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,06	0,90

OCT Códigos de Classificação de Sim	TOTAL	55,28	69,52	17,25	29,52	0,75	3,47
-------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

VENCIMENTO 19/07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 55,26
---------------------------------	-----------------------------------

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

102	77	82	71	85	111	142	88	110	105	86	78
Jul17	Aug17	Sep17	Oct17	Nov17	Dec17	Jan18	Feb18	Mar18	Apr18	May18	Jun18

RESERVADO A2 ESCO
8bad.ae65:f1b.09f6.4c9f.41c1.9499.07bb.

Indicadores de Qualidade				Comunidade da Cereja		
	Limites da ANEEL	Acurado	Limite de Tensão (V)	Observações	Voltagem	%
DIFERENCIAL	0,2	0,00		Perigo de Queda de Tensão por Fio	8,00	15,21
DCTRIMESTRAL	12,00		MONOMIAL	Contorno de Fiação	12,00	22,87
DIGITAL	24,12			Perigo de Tensões 5p	2,00	3,85
FIC MENSAL	2,42	0,00	CONTRATADA	Emprego de Seções	2,00	3,85
FIC TRIMESTRAL	6,60			Imposto de Serviço e Encargos	31,00	59,26
FIC ANUAL	12,70		LIMITE INFERIOR	Diferença Gerenciada	0,00	0,00
DIF. DIÁ	3,64	0,00	LIMITE SUPERIOR			
DIF. DIAM	14,22					
				Total	60,00	100,00

ATENÇÃO - Sua unidade foi instalada com o B.O. a 15/04/2012 tendo um valor pontual de R\$ 44,79? Faturas em atraso

PARCELA

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
19/07/2018	R\$ 55,26

8382000000-5 55260054000-9 02515682018-2 07760100019-7

[illegible]

Selo Digital: **AHE57208-5255**
Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tpb.jus.br>

CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE SERGIPE
 Av. Dep. Admaro Gonçalves, nº 114-21-27 - casa 2 - Jd. São José - Aracaju - Sergipe - CEP: 55010-000
 Fone: (79) 3314-2127 - e-mail: cartorio@sergipe.org.br

ATENTIFICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibida. Dado e Escrito em 05 de maio de 2010.

[Assinatura]

05/05/2010

Eng. Mónica C. A. de Melo
TABELA PRÉCUA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Karla Amanda Gonçalves Souza

RG nº 2.992.575, data de expedição 19/12/16,

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 050.623.994-65, com

domicílio na cidade de Serra Branca, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. Marizélia de B. Maciel, nº 138,

complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Seberino da S. Gonçalves cujo o condutor era

Seberino da Silva Gonçalves

Veículo: PAS/Motocicleta

Modelo: Honda/CG 150/FAN ESD 1

Ano: 2013/2014

Placa: NBE/1131/PB

Chassi: 9C2KC1680ER491954

Data do Acidente: 17.05.2018

Local e Data: Serra Branca, Paraíba, 15.08.2018

Karla Amanda Gonçalves Souza

Assinatura do Declarante

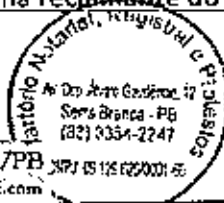
Seberino da Silva Gonçalves

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE SERRA BRANCA/PB
Av. Dep. Alvaro Gaudêncio, 12 - Centro - Fone: (83) 3354-2247 - cartbpb@hotmail.com
TABELA: DIL. MÔNICA CRISTINA ANTONINO DE MELO

RECONHECIMENTO por () SEMELHANÇA (X) AUTENTICIDADE, da(s) firma(s) de(s)
Karla Amanda Gonçalves Souza
Serra Branca/PB: 20.08.2018

TABELA PÚBLICA



elo Digital: ABJ18693AV2 k
consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Det. Mônica C. A. de Melo
TABELA PÚBLICA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX PLATO TIBIAL E

[illegible]

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
21/06/18	15:00				40/60	—	Paciente estável, com cint. orientado, um limite realizado curio- tivo um m.t.c. paciente recebeu troca de acido infusoria cint.	Momali Monalisa Fortunato Soares COREN-PB 843.881-TE
21.06.2018	22:00	-	-	-	100/60		Paciente recebeu uma quarta, recebeu troca de A.V.P. segue sem incidentes de coagulação — " — " — " — "	Daniela Aguiar de Araújo COREN-PB 124851-TE

ORTOP 1
141044

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO —

—PRE OP

10 Ex Logo 4-bw

~~LEITO-9-4~~

Paciente	Sprague do Silve
----------	------------------

Alojamento	
------------	--

Leito

Convênio	
----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
21.06	1 DIETA LIVRE 2 JELCO SALINIZADO 3-DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H 4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H SN 5 NAUSEDRON 8mg/ml IFA + ABD EV 8/8h SN 6 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM 7 FISIO MOTORA 8 SSVV CCGG 9 CLEXANE 40MG SC AS 20H 10 Dexamet 100mg + 100ml SF 0,9% IV 8/8h 11 Clonazepam 600mg IV 6/6h 12 Gabapentina 240mg IV 1x/dia	17 18 20 06 14 17 14	ORTOPEDIA - DIH: BOM, estável, em recuperação Cm VPH Dr. Euler Fabrício A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907
22.06	Adm. hospitalar e alta planejada Dr. Euler Fabrício A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907		Finaliza visita final TO, língua Exame físico normal Al: estável + retorno + prótese + alta planejada Dr. Euler Fabrício A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23/05	16h				110/80		Paciente consciente, orientado, sem AVL. Segue monitorização	Heura
23/05	21:00				100/60			Heura

[illegible]



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

Diagnóstico

OK
OK

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

Fx Plot & Level B

ALA ORTOPÉDICA

Paciente

Paciente

Semear de semente de milho 36

Alojamento

Leito

Convénio

LETO-10-4

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29.05.18			
	1 DIETA LIVRE		#ORTOPEDIA# - DH: 1.
	2 DAPIRONA 1g + AD EV 6/6H SUSPENSO	Susp	BEG, 30ml, em infusão contínua
	3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM	OB	
	4 FISIOTERAPIA		Co: Vm
	5 SSVV + CCGG	Cl.	
	6 Enoxal 750mg VO 8/8h	14/22/06	
	7 Take Coxo João de Deus em 115	14/22/06	
	Dr. Euler Fabricio A. Cruz MR. ORTOPIEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907		Dr. Euler Fabricio A. Cruz MR. ORTOPIEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
25/05/21	10:00	-	-	-	130/86		Paciente E6R orolítico sem sibilos nem ruídos adventosos na auscultação pulmonar. Cristiany Alves COREN-PA 1.004.974/TE	
25/05	21:30				120/80			2005 x 4



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Diagnóstico

UNION

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

ALA ORTOPÉDICA

Paciente	Sereno de Silva Gonçalves, 36
----------	-------------------------------

Alojamento	
------------	--

Leito

Convênio LEITO-053

Data	Prescrição Médica			Horário		Evolução Médica
25.05.18						#ORTOPEDIA# DIH: 2.
	1- DIETA LIVRE					BSC6, 750ml, sem ingestão de
	2- FELCO SALINIZADO					Cd: VPM
	3- DAPIRONA 1g + AD IV 6/6H SUSPENSÃO	(06)				
	4- OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE, IV JEJUM	H 32 06				
	5- SSVV+CCGG					
	6 Paracetamol 750mg VO 8x8h					Dt: Euler Fabrício A. Cruz
	7. Fala com psiquiatra					R ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9961
	Dt: Euler Fabrício A. Cruz					
	R ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA					
	CRM-PB 9961					

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
26/5 18	8:45	-	74		120x80 +		Net consciente exumada febre SSW + curativo aos cuidados de enfermagem Vera Lúcia Ramos de Oliveira COREN-PB 203.185-TE	
26/5 18	20:55	85			130x60 +		Net agitada Cirurgia ortopédica aos cuidados de enfermagem Vera Lúcia Ramos de Oliveira COREN-PB 203.185-TE	

27.05.18

08.00 h

P= 130x80

PCT. comissão e exatidão de trabalho em não atende qual
regulou o Toldo não queixa de o pessoal morreu

Assinatura

27.05.18

PCT

comissão e exatidão de trabalho em não

21:00 h

ECR

de Toldo não queixa de o pessoal morreu

P= 130x80

de

o trabalho de ECR e Toldo

Assinatura

Assinatura



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

T-X modes transfer to

Paciente	Serrano dos Santos	Alojamento		Leito	10	Convênio	04
----------	--------------------	------------	--	-------	----	----------	----

[illegible]

[illegible]



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

Diagnóstico

Fx $\frac{1}{\sqrt{2}}$

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Souza da Silva
----------	----------------

Alojamento	
------------	--

10

Leito

1

Convênio	
----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29.03	① Dose livre ② Sól 1000ml IV sol, drop, 40ml ③ Dipirona 1g + AD, IV, 6/6h ④ Clonazepam 1mg + delantel 10mg ⑤ Clonazepam 1mg SC 12/12h ⑥ Fome normal ⑦ Sól IV + CEC	② 11 ③ 11 ④ 11 ⑤ 11	BGL, normal, em observação CO-VP M 1 12 Dr. Euler Fabrício A. Cruz CR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
30/03/18	1400				120/70		chest seque no disto 9/9 vent. 20 nao 2 alb. quic. do 2 de 20 mm pepe 22/22/22 150. 100/100 nao 20/20 do 2 de 20 mm 20 + 20 mm glucose 20	
30/03/18					100/60		nao 20/20 do 2 de 20 mm 20 + 20 mm glucose 20	



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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

~~FX PLATO TIBIAL-E~~

PRE-OP:

Paciente

~~ALA ORTOPÉDICA~~

Alojamento

6/2/21

Leito

Convênio	
----------	--

LETO-10.4

~~SEVERINO DA SILVA GONÇALVES, 36~~

MO3.035

[illegible]



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

Diagnóstico

OK

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

~~FX PLATO TIBIAL E~~

PRE-OP

UNION
LEADER

ALA ORTOPÉDICA

Paciente

SEVERINO DA SILVA GONÇALVES, 36

Alojamento

Leito

Convênio **LEITO 10-4**

LEITO 10-4

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
01/06	9h-1				120x80		Pto em BEG, segue sem queixas ou sinais clínicos, está se mantendo.	
							Valéria	
01/06	20h				120x80		Pto em BEG segue sem queixas ou intercorrências clínicas mantido.	
							Valéria	



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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

EX PLATO TIBIAL-E

PRE-OP:

Patient

ALA ORTOPÉDICA

Alojamiento

Leito

Convênia	
----------	--

SEVERINO DA SILVA GONÇALVES, 36

~~LEITE 10-4~~

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
02.06 2018	09:00				110 80		Paciente consciente sem tórax agitado respirando normalmente unidade de enfermagem. <i>[Assinatura]</i>	
02.06 2018	20:00				120 80		Paciente consciente sem tórax agitado unidade de enfermagem. <i>[Assinatura]</i>	

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

— 541 —

Patiénne

Sinensis do Rio Gonzales ALA OR 56

~~ALA ORTOPÉDICA~~

Alojamento

PRE-OP:

Leito

Convênio

~~LETO-10-4~~

[illegible]

[illegible]



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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

FX PLATO TIBIALE

ORIGINE
Paciente

~~ALA-ORTOPÉDICA~~

~~SEVERINO DA SILVA, 36.~~

Alojamento

Leita

Convênio

EPTO 10-4

Data		Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica	
03.08						
		1 DIETA LIVRE				
		2 DÍPIRONA 1g + AD EV 6/6H				
		3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEIUM				
		4 FÍSIO MOTORA				
		5 SSVV + CCGG				
		6 CLEXANE 40MG SC AS 20H				

[illegible]



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

RE-OPS

FX PLATG-TIBIAL E

UKFUP |

Paciente

~~ALA ORTOPÉDICA~~

Alojamento

Leito

Convênio

LEPTO-10-4

~~SEVERINO DA SILVA, 36~~

[illegible]

[illegible]



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

Diagnóstico

ORTOPEDIA 1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex plato kisae E

Paciente	Jeferino da Silva, 36	Alojamento	0201	Leito	10.4	Convênio	
----------	-----------------------	------------	------	-------	------	----------	--

LEITO 10.4

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
05.06			BEG, instável, → internar em UTI
	1. DIETA LIVRE		
	2. FLUIDO FLUIDIZADO		
	3. DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H		
	4. NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H (SN)		
	5. TRAMAL 100mg + SFO 9% 100ml EV 8/8H (SN)		
	6. TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H (SN)		
	7. OMEPRAZOL 40MG + DIL EV EM JEJUM PELA MANHÃ		
	8. FISIOTERAPIA		
	9. CCGG + SSVV		
	10. clonidine 40mg SC 1x/dia (15h 20h)		

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
06/06 2018	08:00				100/ 40		Paciente consciente orientado medi- cado com Insulina e glu- coza e diurese controlada de enfermagem	
06/06 2018	20:15				110/ 80		Paciente medi- cado e com uma curada de de enfer- magem	



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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

FX PLATO TIBIALE

~~ALA-ORTOPÉDICA~~

UN | UP |
CENTRO
Paciente

~~SEVERINO DA SILVA, 36~~

Alojamento

Leilo

Convênio

~~LEFTO 10-4~~

[illegible]

[illegible]



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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

EX PLATO TIBIALE

UKIUP I
SEIU 30.4

ALA ORTOPÉDICA

Paciente	SEVERINO DA SILVA, 36	Alojamento	Leito	Convênio	10-4
----------	-----------------------	------------	-------	----------	------

[illegible]

[illegible]



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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

~~FX PLATG TIBIALE~~

UNION
LEADER

ALA ORTOPÉDICA

Paciente

SEVERINO DA SILVA, 36

Alojamento	
------------	--

Leito

Conv. Eff. 10-4

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
08/06	12,40				100 70		Paciente evolui sem feixes agudos fixos, sem condições de feixes salinizados, indicando segue aos cuidados de enfermagem.	Josane Cristina de Albuquerque COREN-PB 174.938-TE
09/06	19,42				100 70		Paciente evolui sem feixes agudos, indicando segue aos cuidados de enfermagem.	Josane Cristina de Albuquerque COREN-PB 174.938-TE



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

Diagnóstico

OK
OK
PRE-OP

Ex. Photo Tirage F

ALA ORTOPÉDICA

Paciente	Severino da Silva
----------	-------------------

Alojamento

Leito

Convênio	
----------	--

LETO-10-4

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
09/06/18	18:30				130x80		Paciente consciente e orientado. Dieta: Eliminações presentes. Feito troca de A.V.P.m. e fio m. Segue aos cuidados dos enfermeiros.	
								Ana Maria Cavalcante Falcão COREN-PB 77.451-TE
10/06	Zero	-	-	-	130/80		Paciente acordada, calma e bem-humorada. Orientação verbal OK. AP. 12/12/18	



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

EX PLATO TIBIALE

UNLUP 1

ALA ORTOPÉDICA

Paciente

~~SEVERINO DA SILVA~~

Alimento

Leito

Conven

REF ID: A66010

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10.06	1 DIETA LIVRE 2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/6H 3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM 4 FISIO MOTORA 5 SSVV + CCGG 6 CLEXANE 40MG SC AS 20H	12 18 24 06 06 20	#ORTOPEDIA# DIH: ____ Pac. estável, seg. em l. está. Cp: VPM Dr. Euler Fabrício A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
11/06	14,30				130 70		Paciente, evolui sem feixas, segue as condições de enferma- gem, aguarda liber- gação medicada.	
11-06	19,59				120 80		Paciente, evolui sem feixas, medicado, segue as condições de enfermagem.	



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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

~~FX PLATO TIBIALE~~

UNIVERSITY

ALA-ORTOPÉDICA

Paciente	
-----------------	--

~~SEVERINO DA SILVA~~

Alojamento

Leito

Convênção

FFFO 10-4

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11.06	1 DIETA LIVRE 2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/6H 3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM 4 FISIOTOMIA 5 SSVV + CCGG 6 CLEXANE 40MG SC AS 20H	12 18 94 06 20	ORTOPEDIAH - DIH: _____ 150 g, esteróide, sem side effects Cid: VPM Dr. Euler Fabrício A. Cruz CRM-PB 9907

[illegible]



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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

FX PLATO TIBIALE

UNCLASSIFIED

~~ALA ORTOPÉDICA~~

Paciente

~~SEVERINO DA SILVA~~

Alojamento

Leita

Convênio	
----------	--

~~LEPTO 10-4~~

Data	Prescrição Médica			Horário		Evolução Médica
10-06	1 DIETA LIVRE, zero a partir das 22h	etc				#ORTOPEDIA# - DH: ____
	2 DIPIRONA 1g + AD EV C/GH	12	48	09	06	Bebê, estável na internação
	3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / TEJUM	09				Cb: VPA
	4 FISIOTOMOTORA	09				
	5 SSVV + CC6G					
	6 CLEXANE 40MG SC AS 20H	20				
	1					
	Dr. Fábio Fabrício A. Cruz MÉDICO ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907					Dr. Fábio Fabrício A. Cruz MÉDICO ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
13-06-2018	09:00				90/60		Paciente com sinais de desidratação e depressão das tendões da cintura.	
13-06-2018	20:00				110/80		Paciente com sinais de desidratação e depressão das tendões da cintura.	

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP:

Paciente	Juvenio da Silva	Alojamento	10	Leito	4	Convênio	
----------	------------------	------------	----	-------	---	----------	--

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
14 06 18	15:00				130/70	—	Paciente estável, com cintura aumentada, não apresenta sintomas. Não há sinais de desidratação nem m.c. Um hemograma apresentou temperatura de 34,9°C medicados c.p.m.	Morais Fortunato Soares COREN-PB 843.811-TE
14/06/18	20:00				100 x 70		Paciente segue nos cuidados da enfermeira magnum. m.c. p.m.	Ana Maria Cavalcante Falcão COREN-PB 177.451-TE

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX plays 15

Paciente	Severo da Silva	Alojamento	Quarto 1	Leito	10-4	Convênio	
----------	-----------------	------------	----------	-------	------	----------	--

[illegible]

[illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

NO EXPLATO TIBIALE

UK:UM:

ALA ORTOPÉDICA

Paciente

~~SEVERINO DA SILVA~~

Alojamento

Leito

Convênio	
----------	--

FILED 10-4

[illegible]

[illegible]



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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP

~~FX PLATO TIBIALE~~

ALA-ORTOPÉDICA

Paciente

~~SEVERINO DA SILVA~~

Alojamento

Leito

Convênio	
----------	--

PHOTO-10-4

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
17/06 2018	10,05				100 60		Paciente em UO, sem feridas, realizado curativo ferida virga mantendo gaze solenizado, medi- cado segue sob cuidados de enfer- magem.	
17/06/18	22:00				150/90		Let segue em UO 5/11/18 com curativo de ferida.	
							Maneide da Silva COREN-PB 583886-TE	



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

PO FX PLATO TIBIALE

UNCLASSIFIED

ALA ORTOPÉDICA

Paciente

~~SEVERINO DA SILVA~~

Alojamento

Leito

Convênio	
----------	--

~~LEPTO-10-4~~

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04.06			
	1 DIETA LIVRE	12 18 24 06	#ORTOPEDIA# DIH: _____
	2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/6H		B.B.B., 150cm, 50kg - 150cm
	3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM	06	CD: 150cm
	4 FISIOTOMIA		
	5 SSVV + CCGG		
	6 CLINDAMICINA 600MG IV 6/6H	12 18 24 06	
	7 TILATIL 20MG IV 12/12H	12 18 24 06	
	8 1g de 200mg		
	9 1g de 40mg SC 1x1dia		

[illegible]



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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

PO FX PLATO TIBIALE

~~ALA ORTOPÉDICA~~

Paciente

~~SEVERINO DA SILVA~~

Alojamento

Leito

Convénir	Convenir
----------	----------

LETO-10-4

[illegible]

10



GOVERNO
PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:		SILVANO DA SILVA OLIVEIRA										PRONTUÁRIO:			
												597			
IDADE:		SEXO		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:	
		M ☐ F ☐		B ☐ P ☐ A ☐											

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de joelho (E) (AP + perfil + oblíquas)

URGÊNCIA:

☒

ROTINA:

☐

DATA:

23/05/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Carlos
Medicina e Traumatologia
CRM - SP 7451
21025

Carimbo e Assinatura do Médico



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Sérgio da Silva Gonçalves												PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO		COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:				
	M ☐	F ☐	B ☐	P ☐	A ☐			Orto 3	10	11			

DADOS CLÍNICOS:

TRAVELA EM MÃO E

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA AP E OBLÍQUO

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

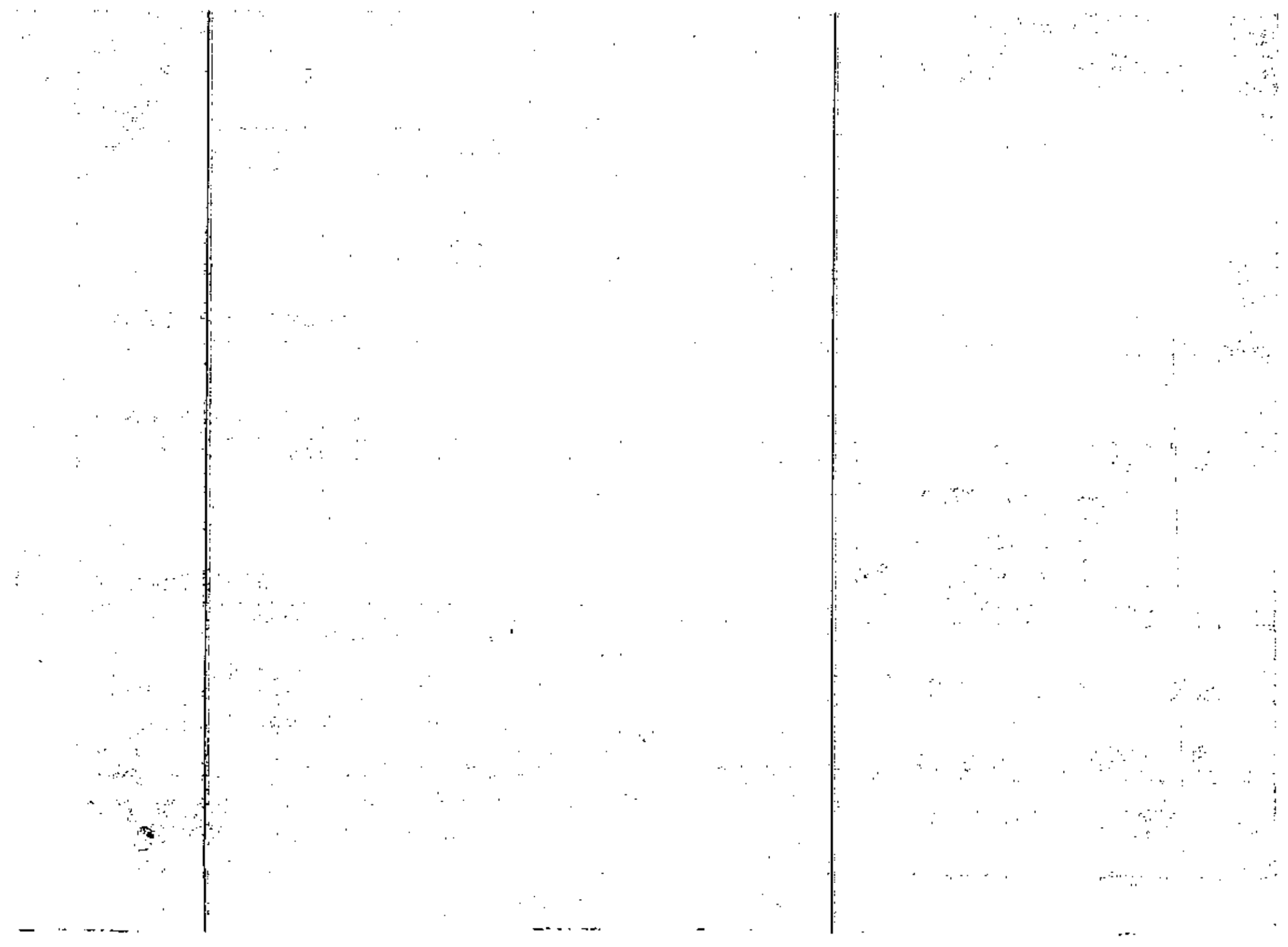
☐

DATA:

27/05/2018

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Socorro da Silva															PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO		COR:			PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:						
	M	F	B	P	A											

DADOS CLÍNICOS:

ps - op -

RAIO X
REALIZADO EM:
13/06/2018

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

• Rx joelho @ AP + Perfil

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

13/06/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico



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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

POFX PLATO TIBIAL E

UNCLAS

ALA ORTOPÉDICA

Paciente

~~SEVERINO DA SILVA~~

Alojamento

②

Leito

△

Convênio	15
----------	----

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ☒ ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>M56</u> Data da punção <u>23/05/18</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: <u>gelho MIE</u>	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: ;	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: ☒ Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas	Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente ☒ Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas ☒ Outro: <u>deambula c/ ajuda</u>	
SONO E REPOUSO	
☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>24/05/18 às 18:45 hs pele com dor em MIE, segue medicação c.p.m.</u>	
Karla R. L. Porto Queiroz COREN-PB 166371-ENF	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <u>24/05/18</u> HORA: <u>18:45</u> h	
Karla R. L. Porto Queiroz COREN-PB 166371-ENF	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Severino da Silva Gonçalves Registro: _____ Leito: 10.4 Setor Atual: Onco 1.

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

Mobilidade Física: (☒) Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: perna e (mão)

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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

Miguel Pinheiro

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: 28/05/18 HORA: 10:00 h
Gilda S. Raposo
ENFERMEIRA
COREN-PA 79638

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Guilherme Silva Registro: 10 Leito: 4 Setor Atual: CU3

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Janire Vidal Ferreira COREN-PB 345.745-ENE DATA: 19/05/13 HORA: 10:20 h

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Severino Silva Registro: _____ Leito: 30-4 Setor Atual: Q11

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

(x) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Severino da Silva Registro: _____ Leito: 10.4 Setor Atual: OTI/OT

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Sergio Silva Registro: 10 Leito: 4 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Severina da Silva Registro: Leito: 10-4 Setor Atual: 10-5

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

Linguagem: (☐ Qual? (☐ Disfonia (☐ Afasia (☐ Disfasia (☐ Disertia.

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☒ Diminuídos (☐ D (☐ E

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

Tosse: ☒ Improdutiva (☐ Produtiva Expectoração: (☐ Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: ☒ ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>S/Acesso</u> Data da punção: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u>			
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: ☒ Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____		Data: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: ☒ Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:			
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;			
Aspecto: () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: ☒ Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:			
Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica		Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: ☒ Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:		Curativo em: _____ / _____ / _____	
Dreno: () Tipo/Aspecto:		Débito: _____ Retirado em: _____ / _____ / _____	
Úlcera de pressão: () Estágio:		Local: _____ Descrição: _____ Curativo: _____ / _____ / _____	
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente () Dependente ☒ Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória		Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas ☒ Outro:			
SONO E REPOUSO			
☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
<u>Porém REC. ext. em quimio. aguarda cirurgia e segui com cuidados da equipe de enfermagem.</u>			
<u>ASSINATURA</u>			
Raimunda Maria O. Aquino S. Paiva			
ENFERMEIRA			
COREN-PB: 436559			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: <u>01/06/18</u> HORA: _____ h	
Raimunda Maria O. Aquino S. Paiva			
ENFERMEIRA			
COREN-PB: 436559			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Severino da Silva Campos Registro: Leito: 10-4 Setor Atual: Ortop I

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: 69 bpm; SPO2: 94 %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: SONHINO de Silva Registro: _____ Leito: 10.04 Setor Atual: ortop. I

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Severino Silva Registro: _____ Leito: 104 Setor Atual: 0701

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: (X) ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: M50 Data da punção 07/06/18			
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:			
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD. Débito ml/h;			
Aspecto: () Outros: Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado			
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /			
Dreno: () Tipo/Aspecto:		Débito: Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: () Estágio:		Local: Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.			
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas (X) Outro: deambula e ajuda			
SONO E REPOUSO			
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:			
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
07/06/18 às 18:40h, pele sem queimaduras. Segue aos cuidados da equipe			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 07/06/18 HORA: 18:40 h			
Karla R. L. Porto Queiroz COREN-PB 166371-ENF			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Saverino da Silva Gonçalves Registro: _____ Leito: 10.4 Setor Atual: Pré-op

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

Mobilidade Física: (X) Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: tala M.I.E

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS FINAIS
() Avaliar distensão abdominal;		() Obtenção de eliminação intestinal
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada, e não irritante;		eficaz / adequada / melhorada;
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e ou outros);		
() Estimular a deambulação/Avaliar progresso;		() Deambulação
() Encorajar a deambulação independente, dentro de limites seguros e em intervalos regulares;		adequada / melhorada;
() Planejar as atividades dentro do nível de tolerância		
() Oferecer assistência até que a paciente esteja totalmente capacitado a assumir a autocuidado;		() Autocuidado para banho
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelos e couro cabeludo;		eficaz / adequada / melhorada;
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor;		
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável;		() Controlar a dor. Dor
() Avaliar características, intensidade e local da dor;		melhorada / ausente;
() Avaliar alterações de sinais vitais;		
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação;	12/12/10	() Ausência / Melhora de
() Após administrar medicamento antitérmico avaliar e registrar os resultados;		hipertermia;
() Incentivar a ingestão de líquidos;		() Recuperação adequada da
() Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos;		pele;
() Observar reações de desorientação/confusão;		
() Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativo de acordo com necessidade ou ACM;		() Mobilidade Física
() Avaliar condições do curativo;		melhorada / eficaz;
() Monitorar temperatura da pele do paciente;		
() Determinar a capacidade atual em transferir-se (ex. nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência, capacidade de ficar em pé);		() Proporcionar e manter troca
() Orientar quanto ao uso de auxiliares (ex. muleta, bengala) para deambular;		gasosa adequada / melhorada;
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado;		
() Instalar cateter de O2 a 2l/min ou ACM;		() Padrão respiratório eficaz;
() Orientar paciente a realizar inspiração profunda;		
() Avaliar padrão respiratório (frequência e amplitude);		() Risco de desequilíbrio de
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca);		volume de líquido
() Realizar balanço hídrico;		ausente / diminuído;
() Observar o local da fenda/queimadura e inserção do dispositivo venoso a fim de detectar sinais flogísticos;		
() Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor, hipertermia);		() Ausência de risco para
() Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos (equipo, bureta), antes de administrar medicações;		infecção;
() Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente;		() Outro;
() Outro;		
() Outro;		() Outro;

Obs.: Onde se lê C/UTRO(s) definir de acordo com a NANDA!!
ACM: A Cuidado do Médico

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) res

Karoline Micheli
Enfermeira
CORAN 113.442.18

DATA:

Paciente: Severino da Silva

Enfermaria: 40

Leito: 4

Data: 08/06/18

DIAGNÓSTICOS	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO
(1) Constipação	() Abdome distendido; () Anorexia; () Dor à evacuação; () Dor abdominal; () Outro:	() Diuréticos; () Desidratação; () Hábitos de evacuação irregulares; () Lesão neurológica; () Estresse; () Outro:
(2) Ocorrência prejudicada	() Capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias; () Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares; () Outro:	() Dor; () Equilíbrio prejudicado; () Humor depressivo; () Obesidade; () Visão prejudicada; () Medo de cair; () Outro:
(3) Deficiência no autocuidado para banho	() Incapacidade de acessar o banheiro; () Incapacidade de lavar o corpo; () Outro:	() Ansiedade; () Dor; () Fraqueza; () Prejuízo neuromuscular; () Outro:
(4) Dor aguda	() Alterações na pressão sanguínea; () Relato verbal de dor; () Outros:	() Agentes lesivos (ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outro:
(5) Hipertermia	() Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais; () Taquicardia; () Taquipnéia; () Pele avermelhada; () Outro:	() Anestesia; () Desidratação; () Trauma; () Aumento da taxa metabólica; () Outro:
(6) Integridade da pele prejudicada	() Destruição de camadas da pele; () Invasão de estruturas do corpo; () Rompimento da superfície da pele; () Outro:	() Extremos de idade; () Circulação prejudicada; () Hipotermia; () Imobilização física; () Outro:
(7) Mobilidade Física prejudicada	() Dificuldade para virar-se; () Dispneia ao esforço; () Movimentos descontrolados; () Outro:	() Ansiedade; () Desconforto; () Prejuízos musculoesquelético; () Rigidez articular; () Desuso; () Outro:
(8) Padrão respiratório Ineficaz	() Dispneia; () Ortopnéia; () Alterações na profundidade respiratória; () Batimento da asa de nariz; () Outro:	() Ansiedade; () Dor; () Fadiga; () Obesidade; () Outro:
(9) Risco de desequilíbrio de volume de líquido		() Ascite; () Queimaduras; () Sepsis; () Pâncreas; () Outro:
(10) Risco de infecção		() Aumento da exposição ambiental a patógenos; () Defesas primárias inadequadas; () Procedimentos invasivos; () Tecido traumatizado; () Outro:
Outro		
Outro		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Severino da Silva Registro: Leito: 10-9 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: (☐) Isocônicas (☐) Anisocônicas (☐) D>E (☐) E>D (☐) Fotorreagentes (☐) Mióticas (☐) Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO

RESULTADOS FINAIS

☐ Avaliar distensão abdominal;		☐ Obtenção de eliminação intestinal
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada, e não irritante;		eficaz / adequada / melhorada;
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e ou outros);		
☐ Estimular a deambulação/Avaliar progresso;		☐ Deambulação adequada / melhorada;
☐ Encorajar a deambulação independente, dentro de limites seguros e em intervalos regulares;		
☐ Planejar as atividades dentro do nível de tolerância		
☐ Oferecer assistência até que a paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado;		☒ Autocuidado para banho eficaz / adequada / melhorada;
☐ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelos e couro cabeludo;		
☒ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor;		☐ Controlar a dor. Dor melhorada / ausente;
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável;		
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor;		
☒ Avaliar alterações de sinais vitais;	12/12/1	☐ Ausência / Melhora de hipertermia;
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação;		
☐ Após administrar medicamento antitérmico avaliar e registrar os resultados;		☐ Recuperação adequada da pele;
☐ Incentivar a ingestão de líquidos;		
☐ Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos;		☐ Mobilidade Física melhorada / eficaz;
☐ Observar reações de desorientação/confusão;		
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativo de acordo com necessidade ou ACM;		☐ Proporcionar e manter troca gasosa adequada / melhorada;
☐ Avaliar condições do curativo;		
☐ Monitorar temperatura da pele do paciente;		☐ Padrão respiratório eficaz;
☐ Determinar a capacidade atual em transferir-se (ex. nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência, capacidade de ficar em pé);		☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído;
☐ Orientar quanto ao uso de auxiliares (ex. muleta, bengala) para deambular;		
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado;		☐ Ausência de risco para infecção;
☐ Instalar cateter de O2 a 2l/min ou ACM;		
☐ Orientar paciente a realizar inspiração profunda;		☐ Outro;
☐ Avaliar padrão respiratório (frequência e amplitude);		
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca);		☐ Outro;
☐ Realizar balanço hídrico;		
☐ Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso a fim de detectar sinais flogísticos;		
☐ Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor, hipertermia);		
☒ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos (equipo, bureta), antes de administrar medicações;	Severina	
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente.		
☐ Outro;		
☐ Outro;		

Obs.: Onde se lê OUTRO(s) definir de acordo com a NANDA!!
ACM: A Cálculo da Medida

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro(a) responsável:

DATA:

Paciente:		Enfermaria:	Leito:	Data: / /
DIAGNÓSTICOS	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO		
(1) Constipação	() Abdome distendido; () Anorexia; () Dor à evacuação; () Dor abdominal; () Outro:	() Diuréticos; () Desidratação; () Hábitos de evacuação irregulares; () Lesão neurológica; () Estresse; () Outro:		
(2) Deambulação prejudicada	() Capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias; () Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares; () Outro:	() Dor; () Equilíbrio prejudicado; () Humor depressivo; () Obesidade; () Visão prejudicada; () Medo de cair; () Outro:		
(3) Déficit no autocuidado para banho	() Incapacidade de acessar o banheiro; ☒ Incapacidade de lavar o corpo; () Outro:	() Ansiedade; ☒ Dor; () Fraqueza; () Prejuízo neuromuscular; () Outro:		
(4) Dor aguda	() Alterações na pressão sanguínea; () Relato verbal de dor; () Outros:	() Agentes lesivos (ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outro:		
(5) Hipertermia	() Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais; () Taquicardia; () Taquipnéia; () Pele avermelhada; () Outro:	() Anestesia; () Desidratação; () Trauma; () Aumento da taxa metabólica; () Outro:		
(6) Integridade da pele prejudicada	() Destrução de camadas da pele; () Invasão de estruturas do corpo; () Rompimento da superfície da pele; () Outro:	() Extremos de idade; () Circulação prejudicada; () Hipotermia; () Imobilização física; () Outro:		
(7) Mobilidade Física prejudicada	() Dificuldade para virar-se; () Dispneia ao esforço; () Movimentos descontrolados; () Outro:	() Ansiedade; () Desconforto; () Prejuízos músculoesquelético; () Rigidez articular; () Desuso; () Outro:		
(8) Padrão respiratório Ineficaz	() Dispneia; () Ortopnéia; () Alterações na profundidade respiratória; () Batimento de asa de nartz; () Outro:	() Ansiedade; () Dor; () Fadiga; () Obesidade; () Outro:		
(9) Risco de desequilíbrio de volume de líquido		() Ascite; () Queimaduras; () Sepsis; () Pnemonite; () Outro:		
(10) Risco de infecção		() Aumento da exposição ambiental a patógenos; () Defesas primárias inadequadas; () Procedimentos invasivos; () Tecido traumatizado; () Outro:		
Outro				
Outro				

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização:		Data da punção: ____/____/____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: (☒) Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: (☒) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora:		Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:			
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;			
Aspecto: () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: ☒ Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica		Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas		Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:		Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto:		Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio:		Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente () Dependente ☒ Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória		Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas ☒ Outro:			
SONO E REPOUSO			
☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: () Preservada () Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo:	
☒ Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
De 5/11/2017 - monarda, Oquele, Cruz			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:			
DATA: 11/06/17		HORA: ____ h	
Inesete Meire Pinheiro			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Severino de Fátima Gonçalves Registro: _____ Leito: 10.4 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Severino da Silva Registro: _____ Leito: 10.4 Setor Atual: 01101

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: SONIA M.B. Registro: _____ Leito: 10.4 Setor Atual: UTI 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (1) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização:		Data da punção: 2.10.2013	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora:		Data: 1.10.2013	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:			
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;			
Aspecto: () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica		Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas. Manifestações de sede: ()			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: HIE		Curativo em: 1.10.2013	
Dreno: () Tipo/Aspecto:		Débito: Retirado em: 1.10.2013	
Úlcera de pressão: () Estágio:		Local: Descrição: Curativo: 1.10.2013	
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória		Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: () Preservada () Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
Plt com pos. apendicite e medula 5/4 em medula			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Isabela Meire Pinheiro CRN-PR 48.226-ENF			
DATA: 13.10.2013		HORA: h	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Severino do Fêlo Bezerra Registro: _____ Leito: 109 Setor Atual: 30.07

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: (x) ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?			Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: MS e Data da punção 16/06/18			
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: ()			
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: ()			
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros: ()			
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito , ml/h;			
Aspecto: () Outros: () Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: (x) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado			
Condições das mucosas: () Umidas () Secas Manifestações de sede: ()			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /			
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /			
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /			
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente () Dependente (x) Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória			
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas (x) Outro: deambula com ajuda.			
SONO E REPOUSO			
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo () Medo:			
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
14/06/18 às 17:05h paciente com dor em pernas e; segue as orientações da equipe, medicado e P.M., as orientações da equipe.			
Karla R. L. Porto Queiroz COREN-PB 166371-ENF			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 14/06/18 HORA: 17:05 h			
Karla R. L. Porto Queiroz COREN-PB 166371-ENF			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Severino da Silva Gonçalves Registro: _____ Leito: 20-4 Setor Atual: UTI 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: extremidade inferior direita (joelho)

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Severino da Silva Registro: _____ Leito: 10-4 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo.	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção: 13/06/18
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: 13/06/18	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD; Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: 13/06/18	
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: 13/06/18
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: Descrição: Curativo: 13/06/18
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente queixa de dor, medicado com morfina, sem alívio. Segue sob cuidados da enfermagem.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Karoline Micheli Cobral Lima Moraes - ENFERMEIRA COREN 16.104-PR	
DATA: 15/06/18	HORA: h

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

Pariente encaminhado para avaliação médica

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 08/06/17 HORA: 16:30 h

José Maria Meira Pinheiro
CPF: 226.226-22

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: João da Silva Registro: Leito: 104 Setor Atual: Quarto

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

Ausulta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (☐) Diminuídos (☐) D (☐) E

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Severino Silva Registro: _____ Leito: 10.4 Setor Atual: 01/01

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: INACIO DO SILVA Registro: _____ Leito: 09-04 Setor Atual: 09-04-1

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ☒ ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo.	
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSE</u>	Data da punção: <u>18/6/18</u>
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: _____ Data: <u>18/6/18</u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: _____	
Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____	
RHA: ☒ Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação Intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros: _____	
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____	Observações: _____
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoimações () Outro: _____	
Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: ☒ Preservado
Condições das mucosas: ☒ Úmidas () Secas. Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: ☒ Local/Aspecto: <u>MJE (POM)</u> Curativo em: <u>21/6/18</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____	Débito: _____ Retirado em: _____
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____	Descrição: _____ Curativo: _____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente ☒ Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: ☒ Acamado () Cadeira de rodas () Outro: _____	
SONO E REPOUSO	
☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações: _____	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo: _____
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: _____	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações: _____	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Com POM de MJE, Relação íntima do AVP, relatando</u> <u>Dificuldade para novos procedimentos (outro exame).</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>[Assinatura]</u>	
DATA: <u>21/6/18</u>	HORA: <u>15</u> h.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Severino da Silva Registro: _____ Leito: 9-4 Setor Atual: OTOP I

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(n): SEVERINO DA SILVA GONÇALVES Protocolo: 0000405066 RG: NÃO INFORMADO
Dr(n): EDUARDO BRAGA MORAIS Data: 23-05-2018 13:33 Origem: ÁREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 36 anos Destino: ÁREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'30''

[DATA DA COLETA: 23/05/2018 13:37]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 5 minutos

TEMPO DE COAGULACAO 8'00'' min

[DATA DA COLETA: 23/05/2018 13:37]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos


Ann Cassia Miguel Aguiar
Biomédica
CRBM 6411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: CF47-F525-E24F-208C-23FE-16E2-2DE9-D368



Sr(a): SEVERINO DA SILVA GONÇALVES Protocolo: 0000405066 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): EDUARDO BRAGA MORAIS Data: 23-05-2018 13:33 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 36 anos Destino: AREA AMARELA

Orto I

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 23/05/2018 13:32]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	5.02 milhões/mm ³	4,2 A 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,9 g/dL	13,5 A 16,0 g/dL
Hematócrito.....	39,0 %	40,0 A 52,5 %
V.C.M.....	78 fL	82,0 A 92,0 fL
H.C.M.....	26 pg	27,0 A 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 A 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	5.500 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 A 10.000 /mm ³
Neutrófilos.....			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	165	
Segmentados.....	85,0	4.675	40 A 70 % - 1.900 A 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0,5 A 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 A 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos.....			
Típicos.....	10,0	550	20 A 45 % - 1.000 A 2.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	2,0	110	2,0 A 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	240.000 mm ³		140.000 A 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Assinatura
Ann Cassia Miguel Aguiar
Biomédica
CRBM 6411

Emissão : 23/05/2018 15:39 - Página 1 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 161F-C7C9-9783-4F43-69F9-D56C-D1B8-D326





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Serafim da Silva															PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO		COR:			PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:						
	M ☐	F ☐	B ☐	P ☐	A ☐											

DADOS CLÍNICOS:

ps - op -

RAIO X
REALIZADO EM:
13/06/2018

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

• Rx Joelho @ AP + Perfil

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

13/06/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): SEVERINO DA SILVA GONÇALVES Protocolo: 0000409178 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 16-06-2018 20:28 Origem: CLINICA ORTOPEDICA I
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 36 anos Destino: ENF 19-L 04

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE 35.9 %

[DATA DA COLETA: 16/06/2018 20:28]

Valores de Referência:
37 - 47 % (Microtel)

Material: Sangue

Método: Método

HEMOGLOBINA 11.5

[DATA DA COLETA: 16/06/2018 20:27]

Valores de Referência:
VR: Feminino: 11.5 - 16.0 g/dl
Masculino: 13.5 - 18.0 g/dl

Material: Sangue

Método: Cianmetahemoglobina

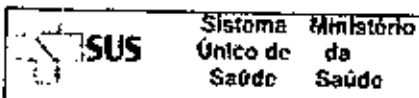

Carlos A. R. Martins
CRF-PB 1464

Emissão : 16/06/2018 21:44 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: B21D-3665-3005-A7AC-CE58-A08D-73AB-2F80



Data da internação: 23/05/2018 Hora: 10:04:09



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

SEVERINO DA SILVA GONCALVES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1660238

7 - CARTÃO DO SUS

700403477274645

8 - DATA DE NASCIMENTO

12/11/1981

9 - SEXO

MASC ☒ FEM ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

IVETE TOME DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 96551855

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R SEVERINO SALES PJMENTEL, 18, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serra Branca

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

251550

15 - UF

PB

16 - CEP

58580000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Transtorno de pânico com
desenvolvimento de ansiedade.*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Transtorno de pânico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Exame de sangue

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Transtorno de pânico

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento farmacológico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016277645787

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/05/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

(X) CNS

() CPF

47 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Handwritten notes:

1. $\frac{1}{2}$ of 100 = 50

2. $\frac{1}{4}$ of 100 = 25

3. $\frac{1}{8}$ of 100 = 12.5

4. $\frac{1}{16}$ of 100 = 6.25

5. $\frac{1}{32}$ of 100 = 3.125

6. $\frac{1}{64}$ of 100 = 1.5625

7. $\frac{1}{128}$ of 100 = 0.78125

8. $\frac{1}{256}$ of 100 = 0.390625

9. $\frac{1}{512}$ of 100 = 0.1953125

10. $\frac{1}{1024}$ of 100 = 0.09765625

11. $\frac{1}{2048}$ of 100 = 0.048828125

12. $\frac{1}{4096}$ of 100 = 0.0244140625

13. $\frac{1}{8192}$ of 100 = 0.01220703125

14. $\frac{1}{16384}$ of 100 = 0.006103515625

15. $\frac{1}{32768}$ of 100 = 0.0030517578125

16. $\frac{1}{65536}$ of 100 = 0.00152587890625

17. $\frac{1}{131072}$ of 100 = 0.000762939453125

18. $\frac{1}{262144}$ of 100 = 0.0003814697265625

19. $\frac{1}{524288}$ of 100 = 0.00019073486328125

20. $\frac{1}{1048576}$ of 100 = 0.000095367431640625

21. $\frac{1}{2097152}$ of 100 = 0.0000476837158203125

22. $\frac{1}{4194304}$ of 100 = 0.00002384185791015625

23. $\frac{1}{8388608}$ of 100 = 0.000011920928955078125

24. $\frac{1}{16777216}$ of 100 = 0.0000059604644775390625

25. $\frac{1}{33554432}$ of 100 = 0.00000298023223876953125

26. $\frac{1}{67108864}$ of 100 = 0.000001490116119384765625

27. $\frac{1}{134217728}$ of 100 = 0.0000007450580596923828125

28. $\frac{1}{268435456}$ of 100 = 0.00000037252902984619140625

29. $\frac{1}{536870912}$ of 100 = 0.000000186264514923095703125

30. $\frac{1}{1073741824}$ of 100 = 0.0000000931322574615478515625

31. $\frac{1}{2147483648}$ of 100 = 0.00000004656612873077392578125

32. $\frac{1}{4294967296}$ of 100 = 0.000000023283064365386962890625

33. $\frac{1}{8589934592}$ of 100 = 0.0000000116415321826934814453125

34. $\frac{1}{17179869184}$ of 100 = 0.00000000582076609134674072265625

35. $\frac{1}{34359738368}$ of 100 = 0.000000002910383045673370361328125

36. $\frac{1}{68719476736}$ of 100 = 0.0000000014551915228366851806640625

37. $\frac{1}{137438953472}$ of 100 = 0.00000000072759576141834259033203125

38. $\frac{1}{274877906944}$ of 100 = 0.000000000363797880709171295166015625

39. $\frac{1}{549755813888}$ of 100 = 0.0000000001818989403545856475830078125

40. $\frac{1}{1099511627776}$ of 100 = 0.00000000009094947017729282379150390625

41. $\frac{1}{2199023255552}$ of 100 = 0.000000000045474735088646411895751953125

42. $\frac{1}{4398046511104}$ of 100 = 0.0000000000227373675443232059478759765625

43. $\frac{1}{8796093022208}$ of 100 = 0.00000000001136868377216160297393798828125

44. $\frac{1}{17592186044416}$ of 100 = 0.000000000005684341886080801486968994140625

45. $\frac{1}{35184372088832}$ of 100 = 0.0000000000028421709430404007434844970703125

46. $\frac{1}{70368744177664}$ of 100 = 0.00000000000142108547152020037174224853515625

47. $\frac{1}{140737488355328}$ of 100 = 0.000000000000710542735760100185871124267578125

48. $\frac{1}{281474976710656}$ of 100 = 0.0000000000003552713678800500929355621337890625

49. $\frac{1}{562949953421312}$ of 100 = 0.00000000000017763568394002504646778106689453125

50. $\frac{1}{1125899906842624}$ of 100 = 0.000000000000088817841970012523233890533447265625

51. $\frac{1}{2251799813685248}$ of 100 = 0.0000000000000444089209850062616169452667236328125

52. $\frac{1}{4503599627370496}$ of 100 = 0.00000000000002220446049250313080847263336181640625

53. $\frac{1}{9007199254740992}$ of 100 = 0.000000000000011102230246251565404236316680908203125

54. $\frac{1}{18014398509481984}$ of 100 = 0.000000000000005551115123125782720218158334044015625

55. $\frac{1}{36028797018963968}$ of 100 = 0.000000000000002775557561562891360109079167022015625

56. $\frac{1}{72057594037927936}$ of 100 = 0.000000000000001387778780781445680054539583511015625

57. $\frac{1}{144115188075855872}$ of 100 = 0.0000000000000006938893903907228400272697917555078125

58. $\frac{1}{288230376151711744}$ of 100 = 0.00000000000000034694469519536142001363489587775390625

59. $\frac{1}{576460752303423488}$ of 100 = 0.0000000000000001734723475976807100068174479388671875

60. $\frac{1}{1152921504606846976}$ of 100 = 0.00000000000000008673617379884035500340872239692875

61. $\frac{1}{2305843009213693952}$ of 100 = 0.000000000000000043368086899420177501704361198464375

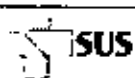
62. $\frac{1}{4611686018427387904}$ of 100 = 0.0000000000000000216840434497100887508521805992321875

63. $\frac{1}{9$

22-5

Handwritten notes in the right margin, including the number 100 and other illegible scribbles.

[Signature]



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

SEVERINO DA SILVA GONCALVES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1660238

7 - CARTÃO DO SUS

700403477274645

8 - DATA DE NASCIMENTO

12/11/1981

9 - SEXO

Masc ☒ Fem ☐

Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

IVETE TOME DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 96551855

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R SEVERINO SALES PIMENTEL, 18, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serra Branca

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

251550

15 - UF

PB

16 - CEP

58580000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma no joelho com
dor e edema local.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura fechada

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

Rx / Rm

20 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Fratura fechada tibial

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016277645787

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/05/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU OUTROS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNP DA SEGURADORA

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNP EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

47 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

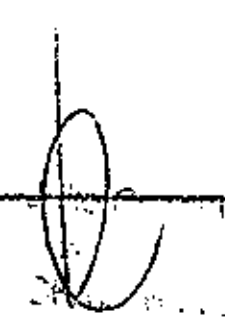
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Gerson de Silva																		PRONTUÁRIO:	480
IDADE:	SEXO		COR:			PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:										
	M	F	B	P	A															

DADOS CLÍNICOS:	los of	RAIO X REALIZADO EM: 20/06/18
-----------------	--------	-------------------------------------

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:	Rx Joelms e Ape p
---------------------	-------------------

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	
DATA: 20/06/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo e Assinatura do Médico		



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

RESEARCH

[illegible]

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENTERIARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>STEFENHO DA SILVA GONCALVES</u>			IDADE	SEXO <u>M</u>	COR <u>-</u>
DATA <u>12/06/2018</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
					URINA		
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARAXADOS	ORTHOPTICOS	ALERGIA		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		
ANESTESIAS ANTERIORES					RISCO		
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS LÍQUIDOS CÓDIGOS VP - ARTERIAL: O - PULSO: Q - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES POSICÃO AGENTES TÉCNICA OPERAÇÃO CIRURGIÕES ANESTESISTAS OBSERVAÇÕES INDUÇÃO Solisl.: _____ Excl.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenla: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excl.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Para o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS. PERDA SANGÜÍNEA							

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Severino Silva Ganeal ves						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	UBACE	REGISTRO		
		Sus	36 a	1660200		
CIRURGIA: Platô		CIRURGIÃO: Dr. Bruno + Dr. Yury + Dr. Almir				
ANESTESIA: Raque		ANESTESIA: Dr. Almir				
INSTRUMENTADORA: Norma		DATA: 13-06-18	INÍCIO: 07:00	FIM: 10:50		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Bolsa Colostomia		Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.		Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix	
01	Dimorf amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Serlix	
	Dolantina amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Etrane ml		Cotonolde		Catgut Simples Serlix	
	Fenegam amp.		Dreno		Catgut Simples Serlix	
	Fentanil ml		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix	
	Inova ml		Dreno Penrose nº	01	Cera p/ osso	
	Ketalar ml	01	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Mercaina 0,5 % ml p/ sonda		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Pavulon amp.		Equipo de Sanguê		Fio de Algodão Serlix	
	Protigmine amp.	025	Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Protóxido l/m		Espandrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	025	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Thionembatal ml		H ₂ O, ml	06	Mononylon	01
	Tracrium amp.		Intracath Adulto		Mononylon	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Intracath Infantil		Prolene Serlix	
04	Água Destilada amp.	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix	
02	Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix	
	Flaxidol amp.	08	Luvas 7.0		Vicryl Serlix	2000
	Flebocortid amp.	08	Luvas 7.5		Vicryl Serlix	
	Geramicina amp.	08	Luvas 8.0		Vicryl Serlix	
	Glucose amp.		Luvas 8.5			
	Glucos de Cálcio amp.		Oxigênio l/m 32 l/m			
	Haemacel ml	025	Polifix			
02	Heparina ml		PVPI Degemante ml			
	Kanaklon amp.		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Lasix amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrolinazol.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Profamina		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Revivan amp.		Seringa desc. 05 ml	03	SG fr 500 ml	p/ lavar
	Siluplanon amp.		Sonda			
02	Cefalotina 1g		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
			Sonda Nasogástrica	01	placa emb T	
			Sonda Uretral nº		de 24 curvas	
			Sterydren ml	03	passagem es-treais	
			Tornelinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		material bio	
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		implante	
	Agulha desc. 28 x 28		Latex			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	eletródos			
01	Agulha p/ raque nº	025	gel condutor			
025	Alcool de Enfermagem					
	Alcool iodado ml					
02	Ataduras de Crepon 15 cm					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

- EQUIPAMENTOS**
- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| (X) Oxímetro de Pulso | () Foco Auxiliar |
| () Serra | (X) Eletrocautério |
| () Desfibrilador | () Oxidopigrafo |
| (X) Foco Frontal | (X) Cardiomonitor |
| () Fonte de Luz | () Perfurador Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Maria Sulyana
Téc. de Enfermagem
COREN 431976



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Restreamento

8559

Hospital: de Emergência e Trauma do F. G. Código: 01Procedimento: Trat. da Coluna com Tietzen Cód. Procedimento: 01Paciente: Salvador da Silva GonçalvesData da Cirurgia: 12/06/11 Nº prontuário: 161717

Convênio:

Cirurgião: Dr. V. G. M.

Código:

(X) Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
2	1/2" x 4" x 1/4"			
1	1/2" x 4" x 1/4"			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4) mm	Nº	7.7	42	41					
	Qtd.	51	03	11					
	Cód.								
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F. para:

Cód. do consultor: Total:

Cód. Instrumentador:

Anotações do Médico

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Alta
RPA



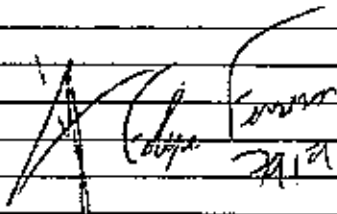
Assinatura do anestesista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Olexirino da Silva Gonçalves		Idade:	36 anos	
Gênero:	Mort.		Data:	13/06/18	
Procedimento:	Ho. eixuro de fratura de platô tibial				
Cirurgião:	Dr. Pôrto	Auxiliar:	Dr. Yuri Pimenta + Dr. Harrison	Anestesista:	Dr. Almi
Início:		Término:		Anestesia:	Raqui

[illegible][illegible]

Observações:	
	
Assinatura Anestesista	Circulante



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**



PACIENTE: Juliano da Silva

IDADE: _____

DATA: _____

AMBULATÓRIO () EMERGÊNCIA () ALA ()

IMOBILIZAÇÃO GESSADA			TALAS TIPO			IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA		
	D	E		D	E		D	
Áxilo Palmar			Pinça de Confeiteiro			Colar Cervical		
Velpeau			Áxilo Palmar			Velpeau		
Luva			Luva			MJ		
Pélvico Podálico			Spica			Tipola		
Coxo Podálico			Coxo Podálico			Jones		
Tubo			Tubo			Enfaixamento		
P.T.B			Joelheira		X	Esparedrapagem		
Bota			Bota			Splint		
Ante Pé			Ante Pé			Oito		
Observações:			Observações:			Observações:		

23/05/18

DATA

Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 93.6588

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Serequino Silva Gonçalves.			IDADE 36a	SEXO M.	COR	
DATA 20/06/18	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL Consciente, orientado			ATARÁGCOS	CORTICÓIDES	ALERGIA Nada	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
LÍQUIDOS					MANUTENÇÃO Cetamina 50mg Cefazolina 2g Dexametasona 10mg Dipirona 1g Paracetamol 50mg Tenoxicam 20mg.			
CÓDIGOS VP: ARTERIAL; O: PULSO; O: RESPIRAÇÃO AX: ANESTESIA; O: OPERAÇÃO					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____			
	SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES PASV FC PADN				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obst.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____			
POSIÇÃO	JDH.							
AGENTES	Bupivacaína hiperbólica 15mg, morfina 0.1mg; fentanil 150mg							
TÉCNICA	Raguiomestesia (Punção lombosacral única, L3-4, 25G.)				CÂNULAS			
OPERAÇÃO	Tratamento cirúrgico de fratura de perna E.							
QUIRURGIOS	Dr. Bruno Baillhonte							
ANESTESISTAS	Dr. Konstantine							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

2nd:

03

1200

x

x

02

40

02 del 000000 x
02 000000

LM 000000
+ 03 000000
01 000000
01 000000

03 5

03 --- 000000

01 --- 000000

3100

01

03

02

012 000000

01

04

01

August 20-00-18 08:30 09:00
Rogent + 000000 000 000000
00 000000 00 000000 000000 + 00
00 000000 00 000000 000000
000000 00 000000 000000

(01:00)

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Severino da Silva Gonçalves						GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		
		3us	36	P. 1660200	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		
CIRURGIA: pro. cirurg. de neoplasia				CIRURGIÃO: Dr. Bruno + Dr.			
ANESTESIA: Raque + Sedação				ANESTESIA: Dr. Karollime			
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM			
Andre		20-06-18	07:30	09:00			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		01	Calet. pl. Oxo.		Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.			Calet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.		04	Compressa Grande		Catgut cromado Serlix	
01	Dimor. amp.			Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Cotonóide		Catgut Simples Serlix	
	Efrane ml			Dreno		Catgut Simples Serlix	
	Fenagim amp.			Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix	
01	Fentanil ml			Dreno Penrose nº		Cera pl. osso	
	Inova ml			Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml			Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercalina 0,5% ml			Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.			Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp.			Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Prolomine amp.		05	Espandrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutapak	
	Protóxido l/m			Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak	
	Quelcin ml			Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapien amp.			H.O. ml		Mononylon (2.0)	
	Thiopental ml			Intracath Adulto		Mononylon (0.1)	
	Tracrium amp.			Intracath Infantil		Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix	
	Água Destilada amp.			Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix	
01	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix	
	Dipirona amp.			Luvas 7.0		Vicryl Serlix	
	Flaxidol amp.			Luvas 7.5		Vicryl Serlix	
	Flebocortid amp.			Luvas 8.0		Vicryl Serlix	
01	Garamicina amp. tramitidina 05			Luvas 8.5			
	Glicose amp.			Oxigênio l/m	3 l/m		
	Glucon de Cálcio amp.			Polifix			
	Maemacel ml			PVPI Degemante ml			
02	Heparina ml titatil			PVPI Tópico ml.		SOROS	
	Kanakion amp.			Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.			Seco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.			Seringa desc. 10 ml		SG Hiperlémico fr 500 ml	
	Plasil amp.			Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina			Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.			Sonda			
	Stuplexon amp.			Sonda folley			
02	Cefazolina 1g			Sonda Nasogátrica		ORTESE E PRÓTESE	
				Sonda Uretral nº		1 placa 4,5 cm	
				Sterydrem ml		+ 03 furos	
				Tornetinha		+ 03 parafusos	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Vaselina ml		T.M. Emergência	
	Agulha desc. 25 x 7			Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28			Látex		EQUIPAMENTOS	
	Agulha desc. 3 x 4,5		05	eletródos			
01	Agulha pl. raque nº 26		05	gel condutor			
05	Álcool de Enfermagem						
	Álcool Iodado ml						
03	Ataduras de Crepon 13 cm						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Sueli

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		



Assinatura do anestesista

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Deverino Vilma Gonçalves		Idade:	36 anos	
Convênio:	Ciprot. 1560300		Data:	20/06/18	
Procedimento:	Tratamento cirúrgico de fratura em M.E.				
Cirurgião:	D. Primo	Auxiliar:	—	Anestesista:	Dra. Karoline
Início:	7:30	Término:	9:00	Anestesia:	Rapina, + sedação

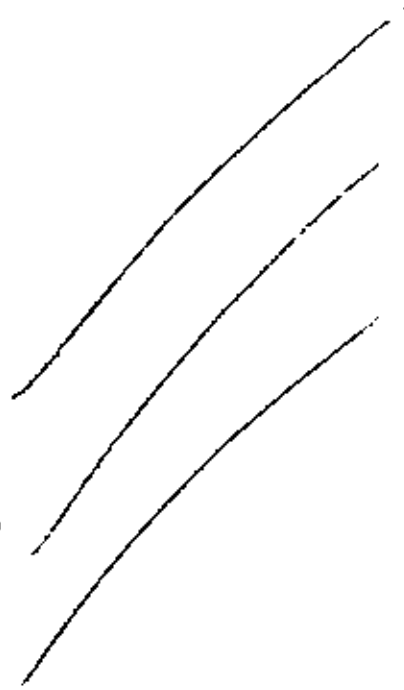
[illegible][illegible]

Observações:	
Assinatura Anestesista	Circulante

22
22
22
22

SO109178

22
22
22
22



22
22
22
22

22
22
22

22
22
22
22

22
22
22
22



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Encaminhamento
ao Hospital de Trauma

HD Fratura de
Tibia Tibial
Pha taker III?

Necessária
de melhor avaliação
para definir
conduta.

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA DO TRABALHO
CRM-PB 9551

SAÚDE
DIREITO DE TODOS





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Selmino da Silva
Gonçalves PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 5828 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 23 / 05 / 18 A 22 / 06 / 18 NECESSITANDO DE
90 (noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 22 / 06 / 18

Ass. do Médico

Dr. Fabiano A. Cruz
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Severino da Silva

Gracielles PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 5828 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 23 / 05 / 18 A 22 / 06 / 18 NECESSITANDO DE
30 (trinta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 22 / 06 / 18

Ass. do Médico

Dr. Edécio A. Cruz
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 3907

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA

V-02
P-900

Severino da Silva Gonçalves

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RPS-TIPO
GERAL 2.555.628 -2 VIA DATA DE
EXPIRAÇÃO 18/05/2014

NOME SEVERINO DA SILVA GONÇALVES

PAI ZELIAS FRANCISCO DA SILVA
MÃE IVETE TOMÉ DA SILVA

NATURALIDADE BOQUEIRÃO-PB DATA DE NASCIMENTO 12/11/1981

CASAM N.3013 FLS.065 LIV.00011
em CARTÓRIO SERRA BRANCA-PB

068.065.224-83

LEI Nº 7.118 DE 19/03/02

CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE SERRA BRANCA/PB
Av. Dep. Álvaro Gaudêncio, 12 - Centro - Fone: (83) 3354-2247 - cartbpb@hotmail.com
TABELA: 1511 - MÓDULO CARTÓRIO AUTOMÁTICO (R\$ 34,00)

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi entregue. Dou fé.
(Art. 365 - III do CPC)

Serra Branca/PB, 26, 07, 2018

[Assinatura]
TABELA PÚBLICA

Bat. Mônica C. A. de Mello
TABELA PÚBLICA

Cartório Notarial, Registral e
Av. Dep. Álvaro Gaudêncio, 12
Serra Branca - PB
(83) 3354-2247
CNPJ 09.128.828/0001-66

Selo Digital: AH654207-W3A6
Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341595/18

Vítima: SEVERINO DA SILVA GONCALVES

CPF: 068.065.224-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/05/2018

Titular do CPF: SEVERINO DA SILVA
GONCALVES

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



SEVERINO DA SILVA GONCALVES : 068.065.224-83

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2018
Nome: SEVERINO DA SILVA GONCALVES
CPF: 068.065.224-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

SEVERINO DA SILVA GONCALVES

DAIANE SANTOS BARBOZA

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

**INVALIDEZ PERMANENTE e/ou
DAMS - Despesas Médicas**

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos



Seguradora Líder - DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima Severino da Silva Gonçalves
Data do Acidente 17/05/18 CPF: 068.065.224-83

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome Severino da Silva Gonçalves
☒ A própria Vítima ☐ Representante Legal: Grau de Parentesco: _____
Endereço Rua Severino Sales
No. 19 Complemento _____ Bairro Paulistas
Cidade Serra Branca UF Paraíba CEP 58580-000
Telefone 83-99643-2962 Email severinoholanda@gmail.com

Informações Importantes!

- O prazo para o pagamento da Indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DESPESAS MÉDICAS**

Atenção! ☒ Preencha com ☒ Para documentação entregue

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
- ☒ Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☒ CPF da vítima (Cópia simples e legível).
- ☒ Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- ☒ Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- ☒ Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- ☒ Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- ☐ Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- ☐ Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 31/08/18
Nome Severino da Silva Gonçalves
Identidade 2.555.628
Severino da Silva Gonçalves
Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data / / ☐ Recebi os documentos assinalados
Nome _____
Matrícula Correios _____

Assinatura do Atendente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA ORTICA SOCIAL V-02
 INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA P-127
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO



Karla Amanda Gonçalves Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL	2.992.575 -2 VIA	DATA DE EXPIRACAO	19/12/2016
NOME	KARLA AMANDA GONÇALVES SOUZA		
FILIAÇÃO	CARLOS ALBERTO GUILHERME DE MATOS TÂNIA MARIA GONÇALVES		
NATURALIDADE	SERRA BRANCA-PB		
DOC ORIGEM	CASAM N. 3178 FLS. 130 LIV. 12B CARTORIO SERRA BRANCA-PB		
	DATA DE NASCIMENTO 30/12/1987		
050.623.944-65			

Assinatura: *[Assinatura]*

Carimbo: *[Carimbo]*

CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE SERRA BRANCA
 Av. Dep. Aarão Gaudêncio, 12 - Centro - Fones (83) 3354-2247 - cartorio@notariobpb.com.br
 TABELIA: BIL. MÔNICA C. A. DE MELLO

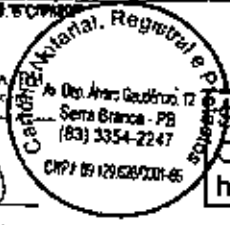
AUTENTICAÇÃO
 Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi enviado. Dou fé.
 Art. 369 - III do CTG.

Serra Branca/PB

26, 07, 2018

[Assinatura]
 TABELIA PÚBLICA

Bet. Mônica C. A. de Mello
 TABELIA PÚBLICA



Selo Digital: AHE51207-W3A6
 Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180433885 **Cidade:** Serra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO DA SILVA GONCALVES **Data do acidente:** 17/05/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO NO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180433885 **Cidade:** Serra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO DA SILVA GONCALVES **Data do acidente:** 17/05/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO NO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341595/18

Vítima: SEVERINO DA SILVA GONCALVES

CPF: 068.065.224-83

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 17/05/2018

Titular do CPF: SEVERINO DA SILVA GONCALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

SEVERINO DA SILVA GONCALVES : 068.065.224-83

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2018
Nome: SEVERINO DA SILVA GONCALVES
CPF: 068.065.224-83

SEVERINO DA SILVA GONCALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

DAIANE SANTOS BARBOZA