



Número: **0800662-90.2018.8.15.0911**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Serra Branca**

Última distribuição : **03/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO DA SILVA GONCALVES (AUTOR)		MARIA SORAIA ANDRADE DE FIGUEIREDO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37796243	14/12/2020 12:09	Petição	Petição
37796905	14/12/2020 12:09	2613741_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
37796900	14/12/2020 12:09	2613741_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_022	Outros Documentos

EM ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA BRANCA/PB

Processo: 08006629020188150911

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SEVERINO DA SILVA GONCALVES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SERRA BRANCA, 10 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180433885**

Vítima: **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

Pag. 01013/01014 - carta_01 - INVALIDEZ



00020507





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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

068.065.224-83

Nome completo da vítima

Severino da Silva Gonçalves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

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

- ☒ RECURSO 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

NRO.

3315

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

37748

(Informar dígito se existir)

D/V

9

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

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

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

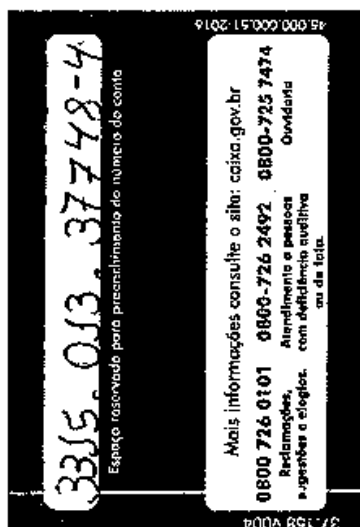
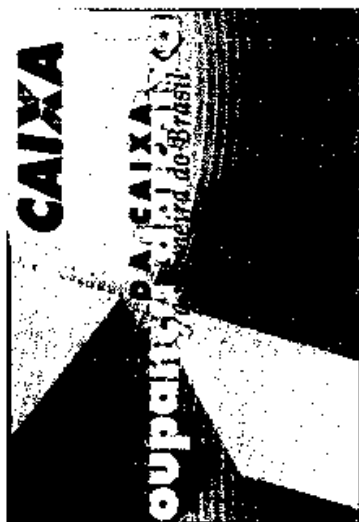
Severino da Silva Gonçalves

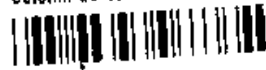
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

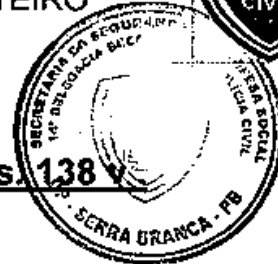
FAPPE.001 V001/2017







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.

SERRA BRANCA - PB 06-SET-2018 14:18 594419 1/1

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).

NOTIFICANTE: Tânia Maria Gonçalves da Silva

CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE SERRA BRANCA - PB
Av. Dep. Abreu Guadalupe, 12 - Centro - Fone: (31) 3354-2247 - cartorio@notariopb.com.br (31) 3354-2247
TANIELA TEIXEIRA MORAES CARMONA - Escritura de Matrícula

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dado N.
LAP. 265 - III de CPO.

Serra Branca/PB,

12 DE AGO 2018

TANIELA PUELICA

Ser. Mônica C. A. de Melo
TANIELA PUELICA

Selo Digital **AH314830-414 N**
Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Serra Branca/PB, 15 de agosto de 2018.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME:

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

Certidão de casamento



MATRICULA:

0712660155 2013 2 00011 065 0003013 14

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 Izaias 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

MES
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

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

OFICIAL REGISTRADOR

Niobe Maracajá Henriques Coutinho

MUNICÍPIO/UF

Serra Branca-PB

ENDEREÇO

Rua: Cel. Manoel Gaudêncio, 43 - Centro Serra Branca-PB - CEP -
58580000 FONE: (83)96332048

Niobe Maracajá H. Coutinho

Niobe Maracajá Henriques Coutinho

Oficial do Registro Civil

Niobe Maracajá Henriques Coutinho

Registradora Civil

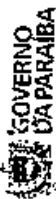
CNPJ: 09.250.675/0001-63

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





14/12/2018



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

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. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/05/2018

Bolém de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Priscilla Almeida Torres

PACIENTE: SEVERINO DA SILVA CEP: 58580000 Nascimento: 12/11/1981

GONCALVES Sexo: M Telefone: 96551855

Endereço: R. SEVERINO SALES PIMENTEL Idade: 036 Bairro: CENTRO

Cidade: Serra Branca RG: 2555628 N°: 18

Nome da Mãe: IVETE TOMÉ DA SILVA CPF: 06806522483 Profissão:

Responsável: Data de Atendi: 23/05/2018 CNS: 700403477274645

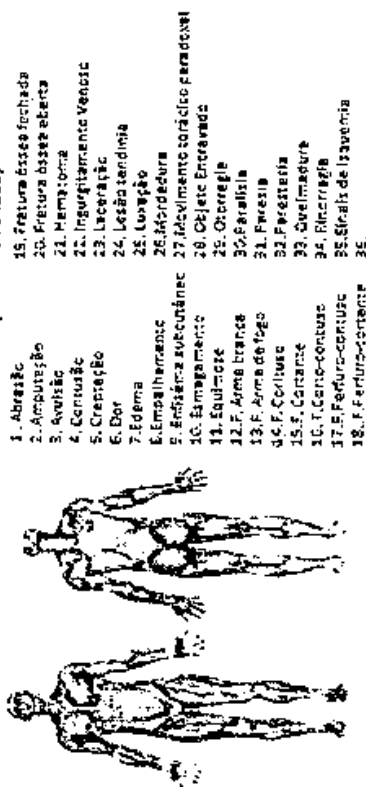
Estado Civil: Hora: 09:11:43 CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO Especialidade:

Médico: CRM:

OBS FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA

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



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = 10% Grau 1º Grau 2º Grau 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

http://10.1.1.148/projeto/hog/imp/urgencia.php?contar=1660200

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - D S CLÍNICOS

Comprovado de ato declaratório



nome do paciente

com am, idoso

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPLAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 24/06/18

EXAMES SOLICITADOS: () Laboratoriais () Ultrassonografia () Radiografias () Tomografia Computadorizada

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 24/06/18

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Eduardo B. Moreira CRM: 33.638



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 interditada 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:

Assinar 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.

Sobrinha PB, 31 de agosto de 2018

Local e Data

Severino da Silva Gonçalves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



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/Prça)	<u>Rua Severino Sales</u>
Número	<u>19</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Mahinas - Pereiras</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>sonaiacholanda@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Branca/PB, 31.08.18.

Assinatura do Declarante: Severino da Silva Gonçalves





TANIA MARIA GONÇALVES DA SILVA
RUA BEVERLY SALES, 151 - MALVINAS - FLORESTA
SEMPRA BRANCA / PB CEP 58200-000 (AG 1001)

Energisa
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ 08.095.163/0001-40 - Ins. Est. 15.015.622-6

Esposa

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

Conta referente a	Apresentação	DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA	CNPJ / CNPJ / RANT
Jul/2018	12/07/2018	13/08/2018	801.596.224-34

UC (Unidade Consumidora): 5/251568-2

Canal de contato

ATENÇÃO - AVERIGUAÇÃO CADASTRAL 2018
Produtor e prestatora de serviços até 15/08/2018 para atualizar
seus dados no Cadastro Único e obter a tarifa da Tarifa Social de
Energia. Para mais informações ligue para o 0800 707 7003
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (tarifa social) Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2003

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 12/06/18	Leitura 2467	Data 12/07/18	Leitura 2499	
Demonstrativo				
CD	Descrição	Quantidade	Valor	Valor
0001	Consumo até 20 kWh - EP	30.000	8.245.540	7.37
0001	Consumo - 31 a 100 kWh - EP	58.000	1.471.850	24.45
0001	Adic. B. Vermeja			8.27
0010	Subsídio			34.43
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007	CONTRIBUIÇÃO PUELCIA			8.18
0004	JUROS DE MORA 06/2018			0.21
0005	MULTA 06/2018			0.73
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018			0.61
0008	Dedução Subsídio			-25.73

OGI Código de Classificação do Item TOTAL 55.26 09.02 17.25 09.52 0.75 3.47

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

Histórico de Consumo (kWh)

102	17	02	11	05	111	112	05	110	105	06	10
Jul/17	Agô/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18

RESERVADO AO FISCO
Bba0.ae65f11b.0916.4c9f.41c1.9499.07bb.

Indicadores de Qualidade			Composição da Conta	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor
QUALIDADE	1.00		Despesa de Des. do Evento de PE	15.21
QUALIDADE	1.00		Despesa de Des. do Evento de PE	12.00
QUALIDADE	1.00		Despesa de Des. do Evento de PE	12.00
QUALIDADE	1.00		Despesa de Des. do Evento de PE	12.00
QUALIDADE	1.00		Despesa de Des. do Evento de PE	12.00
QUALIDADE	1.00		Despesa de Des. do Evento de PE	12.00
QUALIDADE	1.00		Despesa de Des. do Evento de PE	12.00
QUALIDADE	1.00		Despesa de Des. do Evento de PE	12.00
QUALIDADE	1.00		Despesa de Des. do Evento de PE	12.00
QUALIDADE	1.00		Despesa de Des. do Evento de PE	12.00

ATENÇÃO - Sua unidade foi registrada com o E.L. a R\$ 12,00 tendo um valor de R\$ 12,00

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



Selo Digital 0800 083 0196
Consulte a autenticidade em
https://selodigital.tjpb.jus.br

CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE SANTA CATARINA
Av. Des. Alvaro Campesato, 12 - Centro - Fone: (47) 3334-1237 - e-mail: notario@notario.com.br
Notário Público
Belo Horizonte C.A. de Melo
TABELA PUELCIA





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 R. Macedo, 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 Felício da S. Gonçalves cujo o condutor era

Felício da Silva Gonçalves

Veículo: PAS/Motocicleta

Modelo: Honda / GG 150 / FAN ESD 1

Ano: 2013/2014

Placa: NBE 111311PB

Chassi: 9C2KC1680ER491954

Data do Acidente: 17.05.2018

Local e Data: Serra Branca, Paraíba, 15.08.2018

Karla Amanda Gonçalves Souza

Assinatura do Declarante

Suelio da Silva Gonçalves

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

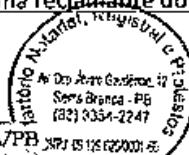
CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE SERRA BRANCA/PB
Av. Dep. Alvaro Gaudêncio, 12 - Centro - Fone: (83) 3354-2247 - cartorio@hotmali.com
TABELA: DR. MÔNICA CRISTINA ANTONIO DE MELO

RECONHECIMENTO por () SEMELHANÇA (X) AUTENTICIDADE, sob firma do

Karla Amanda Gonçalves Souza

Serra Branca/PB: 20.08.2018

TABELA PÚBLICA



Selo Digital: AHJ18693-AV2
consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Det. Mônica C. A. de Melo
TABELA PÚBLICA



PRE-OP:

1. FILM 1

Paciente

ALA ORTOPÉDICA

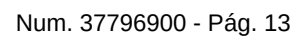
SEVERINO DA SILVA GONÇALVES, 36

Alojamento

Converted 10-4

[illegible]

Jucilene dos Santos Silva
GOBEX-PB 958-700-TE



23/05/2018

HTQG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

SERVIÇOS REALIZADOS:

DESTINO DO PACIENTE	as	hs.	CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
() Centro cirúrgico					
() Internação (setor)					
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL					
() Alta hospitalar / () Já revela () Decisão Médica () Óbito					
Ass. do paciente ou responsável quando necessário: <i>Flamita Maria C. dos Santos</i>					

110.1.148/projetolog/impreuenda.php?contar=1660200

23H

2/2

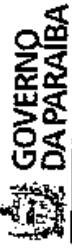


Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
21/06/18	15:00				40/60		Paciente estável, com vitalidade, orientado, em tratamento realizado com furosemida 40mg, paciente sem sinais de edema respiratório.	Momalaia Mônica Fortunato Soares COREN-PB 843.881-TE
21/06/2018	22:00	-	-	-	100/60		Paciente em repouso, sem queixas, sem sinais de edema, A.N.P. segue sem necessidade de medicação.	Daniela Araújo de Araújo COREN-PB 104.611-TE

Paciente com o nome
 QUIKAZZ, KENNEDY
 mora em Av. P. Siqueira
 com endereços de
 comunicação

Daniela Aquino de Araújo
COREN-PA 1248511-TE

[illegible]



Diagnóstico

ORTOP.
LEITO 9-4

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALA ORTOPÉDICA

PRE OP

PO Ex 100g de bial
LEITO 9-4
Convênio

Paciente	Servico do Selo	Alojamento	Leito	Horário	Prescrição Médica	Evolução Médica
21.06					1. DIETA LIVRE 2. JELCO SALINIZADO 3. DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H 4. TITATIL 20MG + AD EV 12/12H SN 5. NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN 6. OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM 7. FISIO MOTORA 8. SERV. CCBG 9. GLEAXANE 40MG SCAS 20H 10. Trazol 100mg + 100ml 8/8H 11. Clidocina 600mg IV 6/6H 12. Gidocina 240mg IV 1x1d0	ORTOPEDIA - DR. EULER FABRICIO A. CRUZ CRM-PB 9907
22.06					Adm. 600ml + 400ml folicina Dr. Euler Fabricio A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907	Finalizada rotina folicina 700ml folicina Exame encaminhado para o Dr. Col. Albuquerque para realização de procedimento + estudo da folicina
					Dr. Euler Fabricio A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907	Dr. Euler Fabricio A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23/05	16h				110/80		Paciente em V, orientado, sem IV. Segue com intervenção	Hebe
23/05	21:00				100/60			Hebe

[illegible]





SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

0% 0%

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

124

Paciente	Severino de Sousa Gonçalves, 36	ALA ORTOPÉDICA
----------	---------------------------------	----------------

Leito

Convênio 10-4

[illegible]

1200, 035



FOLHA DE TRATAMENTO, E EVOLUÇÃO

ALL-ARTOPEDICA-

SEVERINO DA SILVA GONÇALVES, 36-

Alcance

1510

Convénio 10-4

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/05	1- DIFENHIDRAMINA 2- DIFENHIDRAMINA 1g + AD EV 6/6h 3- OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEIUM 4- FISIOTERAPIA 5- SSVV + CCGG 6- CLEXANE 400MG SC AS 20H 7- Paracetamol 750mg q 6h 8- Tetraciclina 400mg q 6h	13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 24h 25h 26h 27h 28h 29h 30h 31h 32h 33h 34h 35h 36h 37h 38h 39h 40h 41h 42h 43h 44h 45h 46h 47h 48h 49h 50h 51h 52h 53h 54h 55h 56h 57h 58h 59h 60h	#ORTOPEDIA# - DIH 3 QFS, exame clíneo Drenar Q Esc. Q CN. VP up Aguardar cirurgia 

4400.015



27.05.18

08:00h

PA=130x80

PCT consistente e orientado para o seu estado geral
segundo o TAVEL segue sem queixas de o presente momento

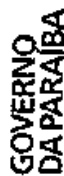
27.05.18

21:00h

PA=130x70

PCT consistente e orientado para o seu
ECR o TAVEL segue sem queixas e o TAVEL
não o limita da Ego e da Empressão

Assinado



SECRETARIA DE SAÚDE

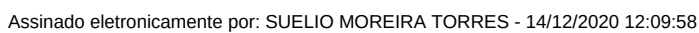
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

100, 135





Diagnóstico

Excluded B

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

תאריך:

Paciente

AL-A-ORTOPÉDICA

SEVERINO DA SILVA GONÇALVES, 36

PRE-OP:

FX-PLATO-TIBIAL-F-

Alojamento

15

Leito

Convênio LTO 10.4

[illegible]

MOJO.COM



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO						
ALIA ORTOPÉDICA						
SEVERINO DA SILVA GONÇALVES, 36						
Paciente	Alojamento	Leito	Convênio FATO 10-4			
PRE-OP:						
FX PLATO TIBIAL E						

[illegible]

WOD. 035



[illegible]



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente		ALTA ORTOPÉDICA		PRE-OP:	
SEVERINO DA SILVA GONÇALVES, 36		Admissão		Letto	
Data		Prescrição Médica		Convenio	
01.06			LETO 10-4		
1 DIETA LIVRE		Horário		Evolução Médica	
2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/5H		12/08/2020			
3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV 1/12H		12/08/2020			
4 EXERCÍCIO MOTORA					
5 SSVV + CCGS					
6 CLEXANE 40MG SC AS 20H					
7 VOZ - gonalve					
Dr. Rafael Eduardo A. Cruz					
PR. ORTOPÉDICA - TRAUMATOLOGIA					

MOD. 035



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/12/2020 12:09:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121412095786600000036054988>

Número do documento: 20121412095786600000036054988

Diagnóstico

Ex 10th April 13

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Sinistro do Sba Gonçalves	Alojamento	Leito	Convênio	FATO 10-4
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica	
OP. QG					
1 OIETA LIVRE					
2 DAPIRONA 1g + AD EV 6/6H					#ORTOPEDIA# DIR: f8
3 QMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM					B36, estom. em observação
4 FISIQ MOTORA					CG: VPM
5 SNAV + GEGG					1
6 CLEORNE 70mg SCAS 20H					b-
					Dr. Euler Patrício A. C.
					CRIOFISIA - TRAJANOSCOX
					CRIO-PB 9907

NEO CON



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
03/06	14:30	-	-	-	120 80		PAIETE FÉVEL CONTINUA ORIENTADA, MAS REFUSOU ORIENTAÇÃO	
03/06	21:00	-	-	-	120 80		PAIETE FÉVEL CONTINUA ORIENTADA, MAS REFUSOU ORIENTAÇÃO	



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX PLATO TIBIALE	Conversione 10-4
------------------	------------------

PRE-OP;

URTOP I
Paciente: SEVERINO DA SILVA 36
ALTA-ORTOPÉDICA Alojamento

~~SEVERINO DA SILVA, 36~~

Leitc

Convenio 19-4

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03.08	1 DIETARIE 2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/8h 3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEIUM 4 FÍSIO MOTORA 5 SSVV + CCGG 6 CLEXANE 40MG SC AS 20h	11h 13h 15h 17h 19h 21h	#ORTOPEDIA# DHA BBC, assessor, com 180g de carne CD: VPA 1 2 Dr. Elder Fabrício A. Lima ORTOPEDIA - 180g de carne CD: VPA

MOD. 095



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
04/06	11,46				100 70		Paciente, evolui sem feixas, aguda eutrofica, melhora da saúde sob cuidados de enfermagem.	Assis
							Josane Cristina de Albuquerque COREN-PA 174.938-TE	
04/06	19,36		80		120 80		Paciente, evolui sem feixas, sob cuidados de enfermagem.	Assis
							Josane Cristina de Albuquerque COREN-PA 174.938-TE	

Joseana Cristina de Albuquerque
CORE: 22 74938





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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	
Unidad #	

~~SEVERINO DA SILVA, 36-~~

LA ORTOPEDIA-

Alojamento

Leito

Convênio 10-4

DATE: _____

FX PLATO-TIBIALE

[illegible]

EXH. 035





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Ex Plato tuus E

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1

Paciente	Data	Prescrição Médica	Alojamento	Horário	Leito	Convênio
Jesuzino da Silva, 36	05.06.	LEITO - 10.4 Evolução Médica			10.4	
		1 DIETA LIVRE	Bts	7:00	BES, voluntária, n) indução anestésica	
		2 ALIMENTAÇÃO			CD: VPM	
		3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/8H	Vd	09:00		
		4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/H(SN)				
		5 TRAMAL 100mg + SFO, 9% 100ml EV 8/H(SN)				
		6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H(SN)				
		7 OMEPRAZOL 40MG + DIL EV EM JEIUM PELA-MANHÃ	DD			
		8 FÍSIO.MOTORA	MT	09:00		
		9 CCGG+SSW				
		10. GELADO 40mg ou 1x1diaev 12h 20m	DD			

INDO. 035



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

FX PLATO TIBIALE

client
of
the
firm

ALA-ORTHOPÉDICA-

SEVERINO DA SILVA, 36-

Alojamento

Leilo

Convincing

LEP 010-4

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06.08	1-BIETA-IVRE 2-DIPIRONA 1g + AD EV 6/6H 3-OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM 4-FISIO MOTORA	18:18 / 21:06	ORTOPEDIA - DIH BEG. 05.08.16, 30m - 150cm 02:00m
	5-SSVV + CCGS 6-CLEXANE 40MG SC AS 20H	20:00	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24		

SEP-00-035

[illegible]

04105118

20:00

120	x 70
-----	------

Princípio rege
as unidades
da enfermagem.
m. e p. m.

Ana Maria Gonçalves Falcão
COREN-PB 177.451-JE
224

— 4 —

0.1



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

५६

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

ALA ORTOPÉDICA

151153
UNCLAS

SEVERINO DA SILVA, 36

Alojamento

Leito

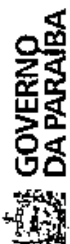
Conv 44110-4

[illegible]

NOV. 15

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
08/06	8h				120/80		Paciente em BEG recebendo oxigênio através de cateter nasal em CPAP.	
08/06	20:00	-	-	-	120/80		Paciente evoluí com cateter nasal, mas oxigênio	





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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:-

EXPLANATION

1000

ALA ORTOPÉDICA

SEVERINO DA SILVA, 36

Leit

CONFIDENTIAL 10-4

[illegible]

1400.035



Diagnóstico

Fx Photo Tissue E

OK PRE-OP:

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ADDITION

Paciente 1

Subjunctivo do 5º decl.

ALA-ORTOPÉDICA-

Alojamento

Leito

Convênio 10-4-

[illegible]

WGO.035



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

EXPLATIBALE

1411

Pacientul

ALA ORTOPÉDICA

SEVERINO-DA-SILVA

Alojamiento

Leito

Convênio 10-4

[illegible]

500 035

[illegible]

Joseane Cristina de Albuquerque
COREN-PB 74.938-TE

Josane Cristina de Albuquerque
COREN-PR 174.938-1E





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

$\phi^{\wedge}$ PRE-OP:

EX-PLATQ-TIBIALE

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11.06	1. DIETA LIVRE 2. DIPYRONA 1g + AD EV 6/8H 3. OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV 7 JETUM 4. FISIOTERAPIA 5. SSW + CCGG 6. CLEXANE 40MG SC AS 20H	12:00 18:00 20:00	#ORTOPEDIA# DIH# 15.06.2020 20:00 - 20:00 Cid: VPM 1 B Dr. Euler FARIAS A. GROS R. DR. FARIAS A. GROS GRAN. PB. 8901

NOV. 23 5



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

EX PLATO TIBIALE

12345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989910010110210310410510610710810911011111211311411511611711811912012112212312412512612712812913013113213313413513613713813914014114214314414514614714814915015115215315415515615715815916016116216316416516616716816917017117217317417517617717817918018118218318418518618718818919019119219319419519619719819920020120220320420520620720820921021121221321421521621721821922022122222322422522622722822923023123223323423523623723823924024124224324424524624724824925025125225325425525625725825926026126226326426526626726826927027127227327427527627727827928028128228328428528628728828929029129229329429529629729829930030130230330430530630730830931031131231331431531631731831932032132232332432532632732832933033133233333433533633733833934034134234334434534634734834935035135235335435535635735835936036136236336436536636736836937037137237337437537637737837938038138238338438538638738838939039139239339439539639739839940040140240340440540640740840941041141241341441541641741841942042142242342442542642742842943043143243343443543643743843944044144244344444544644744844945045145245345445545645745845946046146246346446546646746846947047147247347447547647747847948048148248348448548648748848949049149249349449549649749849950050150250350450550650750850951051151251351451551651751851952052152252352452552652752852953053153253353453553653753853954054154254354454554654754854955055155255355455555655755855956056156256356456556656756856957057157257357457557657757857958058158258358458558658758858959059159259359459559659759859960060160260360460560660760860961061161261361461561661761861962062162262362462562662762862963063163263363463563663763863964064164264364464564664764864965065165265365465565665765865966066166266366466566666766866967067167267367467567667767867968068168268368468568668768868969069169269369469569669769869970070170270370470570670770870971071171271371471571671771871972072172272372472572672772872973073173273373473573673773873974074174274374474574674774874975075175275375475575675775875976076176276376476576676776876977077177277377477577677777877978078178278378478578678778878979079179279379479579679779879980080180280380480580680780880981081181281381481581681781881982082182282382482582682782882983083183283383483583683783883984084184284384484584684784884985085185285385485585685785885986086186286386486586686786886987087187287387487587687787887988088188288388488588688788888989089189289389489589689789889990090190290390490590690790890991091191291391491591691791891992092192292392492592692792892993093193293393493593693793893994094194294394494594694794894995095195295395495595695795895996096196296396496596696796896997097197297397497597697797897998098198298398498598698798898999099199299399499599699799899910001001100210031004100510061007100810091010101110121013101410151016101710181019102010211022102310241025102610271028102910301031103210331034103510361037103810391040104110421043104410451046104710481049105010511052105310541055105610571058105910601061106210631064106510661067106810691070107110721073107410751076107710781079108010811082108310841085108610871088108910901091109210931094109510961097109810991100110111021103110411051106110711081109111011111112111311141115111611171118111911201121112211231124112511261127112811291130113111321133113411351136113711381139114011411142114311441145114611471148114911501151115211531154115511561157115811591160116111621163116411651166116711681169117011711172117311741175117611771178117911801181118211831184118511861187118811891190119111921193119411951196119711981199120012011202120312041205120612071208120912101211121212131214121512161217121812191220122112221223122412251226122712281229123012311232123312341235123612371238123912401241124212431244124512461247124812491250125112521253125412551256125712581259126012611262126312641265126612671268126912701271127212731274127512761277127812791280128112821283128412851286128712881289129012911292129312941295129612971298129913001

Paciente

ALA ORTOPÉDICA

SEVERINO DA SILVA

Leito

Convênio 10-4

[illegible]

WFOO, 035



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
13-06-2018	09:00				90/60		Paciente com nível aumentado quando irrigado e depois das medidas da urina	
13-06-2018	20:00				110/80		Paciente com nível aumentado cada 1 hora nas medidas de urina	



1

Ex 7156 (2)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

REF ID:

Paciente	Avulsão da S. 1.ª	Alojamento	Leito	Convênio
			10	4

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/06	1 DIETA LIVRE 4x250 cc 2 SRL 1500ML EV 24H 4 DIPHENNA 2Ml EV 6/6H 5 OMELPROZOL 40MG EV JEJUM 6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N 7 TYLEX 80MG 1 CP VO 6/6 SE DOR (suspenso) 8 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N 9 TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12H S/N 10 CLEVANE 40 ML - SC IV/DIA 4x 22 horas 11 SSUN + GGGG 12 Clindamicina 600mg + 400cc EV 6/6h 13 12x Cashele. 14 Curativo úlcera (71q Jones).	14 22:35 18 06:00 14 22:00 SN SN 16 21:00	#ORTOPEDIA# DIH: PDI Prancha substituída e pontuação crítica após pedis si intercorrência Adm manuseio em ungs Cid. vput 12x Cashele Curativo Jones PDI



Diagnóstico

Ex played in

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Serejo da Silva				
	Alojamento	Top 1	Leito	0-4	Convênio

[illegible]

H.O.D. 035



DA PARAÍBA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

1. INTRODUCTION

Paciente

Digitally

SEVERINO DA SILVA

Alojamento:

Leito

CONFIDENTIAL 10-4

CO_EXPLATO_TIBIALE

[illegible]

MOB. DES



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP: 05 of

FX PLATO TIBIALE

PRE-OP:

1. **Introduction**

Paciente	SEVERINO DA SILVA	Alojamento	Leito	Convênio	10-A
----------	-------------------	------------	-------	----------	------

[illegible]

WFOO, DJS



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

POFX PLATO TIBIAL E-

1441

Paciente

SEVERINO DA SILVA

Alojamento

Leito

Conversion 10-4

[illegible]

PROD. 035



[illegible]



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PO FX PLATO TIBIAL E

PRE-OP:

Paciente: **SEVERINO DA SILVA** Alamoento: **18/12/2020** Leito: **10-4** Convênio: **10-4**

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
18.12.20			
	1. DIFERENÇA		
	2. DIFERENÇA 18 + AD EV 6/6H		
	3. OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV / JEIUM		
	4. FÍSIO MOTORA		
	5. SSVV + CCGG		
	6. CLINDAMICINA 600MG IV 6/6H		
	7. TILATIL 20MG IV 12/12H		
	8. 4.4.4.4		
	9. 4.4.4.4		
	10. 4.4.4.4		
	11. 4.4.4.4		
	12. 4.4.4.4		
	13. 4.4.4.4		
	14. 4.4.4.4		
	15. 4.4.4.4		
	16. 4.4.4.4		
	17. 4.4.4.4		
	18. 4.4.4.4		
	19. 4.4.4.4		
	20. 4.4.4.4		
	21. 4.4.4.4		
	22. 4.4.4.4		
	23. 4.4.4.4		
	24. 4.4.4.4		
	25. 4.4.4.4		
	26. 4.4.4.4		
	27. 4.4.4.4		
	28. 4.4.4.4		
	29. 4.4.4.4		
	30. 4.4.4.4		
	31. 4.4.4.4		
	32. 4.4.4.4		
	33. 4.4.4.4		
	34. 4.4.4.4		
	35. 4.4.4.4		
	36. 4.4.4.4		
	37. 4.4.4.4		
	38. 4.4.4.4		
	39. 4.4.4.4		
	40. 4.4.4.4		
	41. 4.4.4.4		
	42. 4.4.4.4		
	43. 4.4.4.4		
	44. 4.4.4.4		
	45. 4.4.4.4		
	46. 4.4.4.4		
	47. 4.4.4.4		
	48. 4.4.4.4		
	49. 4.4.4.4		
	50. 4.4.4.4		
	51. 4.4.4.4		
	52. 4.4.4.4		
	53. 4.4.4.4		
	54. 4.4.4.4		
	55. 4.4.4.4		
	56. 4.4.4.4		
	57. 4.4.4.4		
	58. 4.4.4.4		
	59. 4.4.4.4		
	60. 4.4.4.4		
	61. 4.4.4.4		
	62. 4.4.4.4		
	63. 4.4.4.4		
	64. 4.4.4.4		
	65. 4.4.4.4		
	66. 4.4.4.4		
	67. 4.4.4.4		
	68. 4.4.4.4		
	69. 4.4.4.4		
	70. 4.4.4.4		
	71. 4.4.4.4		
	72. 4.4.4.4		
	73. 4.4.4.4		
	74. 4.4.4.4		
	75. 4.4.4.4		
	76. 4.4.4.4		
	77. 4.4.4.4		
	78. 4.4.4.4		
	79. 4.4.4.4		
	80. 4.4.4.4		
	81. 4.4.4.4		
	82. 4.4.4.4		
	83. 4.4.4.4		
	84. 4.4.4.4		
	85. 4.4.4.4		
	86. 4.4.4.4		
	87. 4.4.4.4		
	88. 4.4.4.4		
	89. 4.4.4.4		
	90. 4.4.4.4		
	91. 4.4.4.4		
	92. 4.4.4.4		
	93. 4.4.4.4		
	94. 4.4.4.4		
	95. 4.4.4.4		
	96. 4.4.4.4		
	97. 4.4.4.4		
	98. 4.4.4.4		
	99. 4.4.4.4		
	100. 4.4.4.4		

GOVERNO
DO ESTADO DO
PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

PRIMEIRO NOME:	SEGUNDO NOME:	PRONTUÁRIO:
JOSE	DA SILVA	597
IDADE:	SEXO:	COR:
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐
	PESO:	ALTURA:
	CLÍNICA:	ENF:
	LEITO:	

DADOS CLÍNICOS:

EXAME REALIZADO
23/05/2020

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Ex de fígado (E) (AP + p r - fl + obliqua)

URGÊNCIA:

☒

ROTINA:

☐

DATA:

23/05/20

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM - 7451
21097

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Severo da Silva Gonçalves	PRONTUÁRIO:	
IDADE:		CLÍNICA:	Orto S
SEXO:	M ☐ F ☐	ALTURA:	
COR:	B ☐ P ☐ A ☐	PESO:	
ENF:	10	LEITO:	14

DADOS CLÍNICOS:

Trauma 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			

MOD. 002







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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

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

DADOS CLÍNICOS:

ps - op -

RAIO X
REALIZADO EM:
13.06.2018

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

• Rx Joelho (E) AP + Perfil

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

13/06/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

12p

Carimbo e Assinatura do Médico





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

Patient

ALA-ORTOPÉDICA

~~SEVERINO DA SILVA~~

Alojamento

Leito

Conversion

POFEX PLATO TIBIALE

[illegible]

520.00



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

0.0 $\times 10^{-12}$ + b22 =

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

560 035

Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: (X) ≤ 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
Ausculat. cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: M36 Data da punção 23/05/18
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: Joelho M36
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: (X) 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 (X) Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () 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: () 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
24/05/18 às 18:45 h pele com dor em M36, segue medicado com
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 24/05/18 HORA: 18:45 h
Karola R. L. Porto Queiroz COREN-PB 166371-ENF

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Socorro da Silva Gonçalves Registro: _____ Leito: 10.4 Setor Atual: Ortop S.

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: perna 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: _____

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS 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: Silvane Silva Registro: 10 Leito: 4 Setor Atual: CUJ

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 () 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: 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.



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Severino Silva Registro: _____ Leito: 10-4 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 () Midriáticas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % /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.



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Silveira da Silva Registro: _____ Leito: 10.4 Setor Atual: ORTO

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: Preservada

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 () 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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Silvino Silva Registro: 10 Leito: 1 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

() YMI () 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:

Dala 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 () Cheto.



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Suelio da Silva Registro: Leito: 10-4 Setor Atual: Uito 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 () Disertria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS 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>51 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: ☒ Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:			
Coloração da pele: ☒ 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 ☒ 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>Paciente REC. cirúrgica, em quimio. Aguarda cirurgia e segue aos cuidados da equipe de enfermagem.</u>			
Raimunda Maria D'Aquino S. Paiva			
ENFERMEIRA			
COREN-PB: 456559			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: <u>01/06/18</u> HORA: _____ h	
Raimunda Maria D'Aquino S. Paiva			
ENFERMEIRA			
COREN-PB: 456559			

FONTE: BORDINHAO, R.C. Coleta de dados por meio da grupal focal. Porto Alegre (2009).



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: (X) Consciente () 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 () Parestesia Local: Prejudicada

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS 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 (X) Cheio.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Sereno 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 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 () Midriáticas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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.



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Severino Silva Registro: Leito: 10.4 Setor Atual: OTI

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: 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 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: (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: M5D Data da punção 07/06/18	
Edema: () MMSS () MMI () 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 () Rassecada () 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:	
4. AVALIAÇÃO DO SÍNDROMA DA INCONTINÊNCIA DE URINA	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5. AVALIAÇÃO DO SÍNDROMA DA INCONTINÊNCIA DE URINA	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
07/06/18 às 18:40h, pelo bem-querer. 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	

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



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 () 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

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

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

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

Data de 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.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/12/2020 12:09:58

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS FINAIS
☐ Avelar distensão abdominal;		☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada;
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada, e não irritante;		☐ Deambulação adequada / melhorada;
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e ou outros);		☐ Autocuidado para banho eficaz / adequada / melhorada;
☐ Estimular a deambulação/Avaiar progresso;		☐ Controlar a dor. Dor melhorada / ausente;
☐ Encorajar a deambulação independente, dentro de limites seguros e em intervalos regulares;		☐ Ausência / Melhora de hipotermia;
☐ Planejar as atividades dentro do nível de tolerância;		☐ Recuperação adequada da pele;
☐ Oferecer assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado;		☐ Mobilidade Física melhorada / eficaz;
☐ Realizar banho no leito (SIN) com lavagem de cabelos e couro cabeludo;		☐ Proporcionar e manter troca gasosa adequada / melhorada;
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor;		☐ Padrão respiratório eficaz;
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável;		☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído;
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor;		☐ Ausência de risco para infecção;
☒ Avaliar alterações de sinais vitais;	12/12/20	☐ Outro;
☒ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação;		
☐ Após administrar medicamento antitérmico avaliar e registrar os resultados;		
☐ Incentivar a ingestão de líquidos;		
☐ Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos;		
☐ Observar reações de desorientação/confusão;		
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativo de acordo com necessidade ou ACM;		
☐ Avaliar condições do curativo;		
☐ 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);		
☐ Orientar quanto ao uso de auxiliares (ex. muleta, bengala) para deambular;		
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado;		
☐ Instalar cateter de O2 a 2l/min ou ACM;		
☐ Orientar paciente a realizar inspiração profunda;		
☐ Avaliar padrão respiratório (frequência e amplitude);		
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca);		
☐ Realizar balanço hídrico;		
☐ Observar o local da ferida/quimadura e inserção do dispositivo venoso a fim de detectar sinais flogísticos;		
☐ Monitorar sinais e sintomas da infecção (edema, hiperemia, calor, rubor, hipotermia);		
☐ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos (equipo, bursa), antes de administrar medicações;		
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente;		
☐ Outro;		
☐ Outro;		

DATA: _____

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) responsável: _____

Obs.: Onde se lê CUFRO(S) ler-se-á dor do com a NUNIDAP.

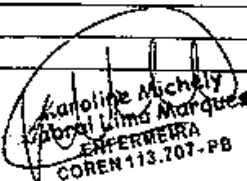
ACM: A CUF no do Médico

DIAGNÓSTICOS E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - UTQ

Paciente: Servando da Silva Enfermeira: 40 Leito: 4 Data: 08.06.18

DIAGNÓSTICOS	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO
(1) Consolidação	() Abdomine distendido; () Anorexia; () Dor à evacuação; () Dor abdominal; () Outro:	() Diuréticos; () Desidratação; () Hábitos de evacuação irregulares; () Lesão neurológica; () Estresse; () Outro:
(2) Oambulação 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:	() Anestésia; () 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 musculoesqueléticos; () Rigidez articular; () Desuso; () Outro:
(8) Padrão respiratório Ineficaz	() Dispneia; () Ortopnéia; () Alterações na profundidade respiratória; () Batimento de 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; () Dejetos primários inadequados; () 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 ()
Ausulta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção: 08/06/18
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa ☒ Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () JVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora:	Data: 1 / 1 /
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação Intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD. Débito ml/h:	
Aspecto:	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:	
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Curativo em: 1 / 1 /
Úlcera de pressão: () Estágio:	Débito: Retirado em: 1 / 1 /
Local:	Descrição: Curativo: 1 / 1 /
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente ☒ Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas ☒ Outro:	
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	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
 DATA: 08/06/18 HORA: h	

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Suelio da Silva Leito: 10-7 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: (X) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () 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 () Chafo.



PREScrição de Enfermagem

RESULTADOS FINAIS

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

OK: Obediência às OJTRORJ do NRE de acordo com a LAJADA/II

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro(a) responsável:

DATA:

DIAGNÓSTICOS E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - UTQ

Paciente:		Enfermagem:	Leito:	Data:
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO		
(1) Constipação	() Abdomem distendido; () Anorexia; () Dor à evacuação; () Dor abdominal; () Outro:	() Diuréticos; () Desidratação; () Hábitos de evacuação irregulares; () Lesão neurológica; () Estresse; () Outro:		
(2) Desambulação 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) Hipotermia	() 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 musculoesqueléticos; () Rigidez articular; () Desuso; () Outro:		
(8) Padrão respiratório ineficaz	() Dispneia; () Ortopnéia; () Alterações na profundidade respiratória; () Batimento de asa de naut; () Outro:	() Ansiedade; () Dor; () Fadiga; () Obesidade; () Outro:		
(9) Risco de desequilíbrio de volume de líquido		() Ascler; () Queimaduras; () Seps; () Paciente; () Outro:		
(10) Risco de infecção		() Aumento da exposição ambiental a patógenos; () Defesas primárias inadequadas; () Procedimentos invasivos; () Tocado traumático; () Outro:		
Outro				
Outro				

Pele:	☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar:	() ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas:	() Quais? Precordialgia ()
Ausculata 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	
<i>Pls 51 que monente de que cura</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 09/06/17 HORA: _____ h <i>Inesita Meire Pinheiro</i>	

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Séverino de Jesus Gonçalves Registro: Leito: 6.4 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 () Afesia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

Ausculat 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

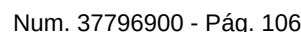
(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Suelmo da Silva Registro: Leito: 10.4 Setor Atual: 01101

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: Prejudicada

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

Ausculção 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: SONIA MB 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: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % /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: (X) Diminuídos () D () E

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

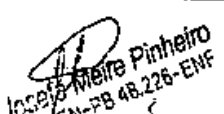
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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:	Data da punção: 12/06/2017
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: 12/06/2017	
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: HIE Curativo em: 12/06/2017	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: 12/06/2017	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição:	Curativo: 12/06/2017
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	
Hto com Pos. afetuoso e mediano 5/9 em mesa	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 12/06/2017 HORA: h	

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Suelio de F. Moreira 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 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 () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS 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: (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: MS E Data da punção 14/06/18	
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) Inteira () 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 pela com dor em fôlex e, segue aos cuidados da equipe, medicado e.P.M., aos cuidados da equipe.	
Kátia R. L. Porto Queiroz COREN-PB 186371-ENF	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 14/06/18 HORA: 17:05 h	
Kátia R. L. Porto Queiroz COREN-PB 186371-ENF	

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Severino da Silva Gonçalves Registro: _____ Leito: 20-4 Setor Atual: Ortop 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 m.e. (gelado)

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 () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS 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: _____ 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 () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Perestesia 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 Expectorção: () Quantidade e aspecto: _____

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

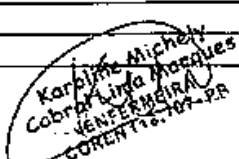
SEGURANÇA FÍSICA

(☒) 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 ()
Ausculat cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo.	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção: 15/06/18
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa (X) 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: () 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 (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	
Paciente queixa de dor medicada com fome reduzida medicação segue com evolução da enfermagem	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA 15/06/18 HORA: h
 Karoline Micheli Cobra Linda Marques ENFERMEIRA COREN 116.107-PR	

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



Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
Ausculat 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 () Escorlações () 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
<i>Perícia Médica de Elza, Médica</i>
<i>Carla Maria Pereira</i>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 16/08/17 HORA: 16:30 h
<i>Josefa Maria Meirelles</i>
<i>Carla Maria Pereira</i>

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Suelio de F. 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:

Ausculat. pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorat.: () 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: Suelio Silva Registro: _____ Leito: 10.4 Setor Atual: 01101

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 () Cheio.



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

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

Drogas vasoativas: (☐) Quais? Precordialgia (☐)

Ausculata cardíaca: (☒) Rítmica (☐) Arritmica (☐) Sopros (☐) Outros. Marcapasso: (☐) Transitório (☐) Definitivo

Cateter vascular: (☒) Periférico (☐) Central (☐) Dissecção. Localização: NSE Data da punção 08/06/19

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

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

RHA: (☒) 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 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 (☐) Insatisfatória Higiene Corporal: (☒) Satisfatória (☐) Insatisfatória.

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

SONO E REPOUSO

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

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 09/06/19 HORA: 11:00 h



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: SHYMO SO 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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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: ☒ AV0 () 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 () 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: <u>MJE (POM)</u> Curativo em: <u>21/6/18</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: <u>18/6/18</u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: <u>18/6/18</u>	
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, recebeu troca do AVP, relatando</u> <u>dores nos pontos nos procedimentos (auto relato).</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>[Assinatura]</u> DATA: <u>21/6/18</u> HORA: <u>15</u> h.	

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Suelio da Silva Registro: Leito: 9-4 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: melhorada MLC

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: ☒ 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:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	36 anos	Destino:	AREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'30''

[DATA DA COLETA: 23/05/2018 13:33]

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

Materiais: sangue

Método: Duke

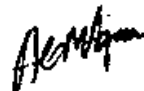
TEMPO DE COAGULACAO 8'00'' min

[DATA DA COLETA: 23/05/2018 13:33]

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Materiais: Sangue

Método: Ser-Slitta


Ann Cassia Miguel Aguiar
Biomédica
CRBM 6411

Enviado : 23/05/2018 15:39 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: CF47-F525-E24F-208C-23FE-16E2-2DE9-D36B



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





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: 0000405066 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): 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

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 23/05/2018 13:32)

	Resultados	Valores de Referência
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	5.000 A 10.000 /mm ³
	(%) (/mm ³)	
Neutrófilos.....	0	0
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	165
Segmentados.....	85,0	4.675
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....	10,0	550
Típicos.....	0	0
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	110
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	240.000 mm ³	140.000 A 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ann Cassia Miguel Aguiar
Biomédica
CRBM 6411

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





GOVERNO
DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

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

DADOS CLÍNICOS:

ps - op -

RAIO X
REALIZADO EM:
13.06.2018

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rep Joelho (E) 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: ESP 16 - L 04

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE 35.9 %

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

Valores de Referência:
37 - 47 % (Microbel)

Material: Sangue

Método: Zintabe

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

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

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: B21D-3665-3005-A7AC-CE58-A08D-73A8-2F80



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

SUS Sistema Único de 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 ☐			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL IVETE TOME DA SILVA		11 - TELEFONE DE CONTATO DD: 83 Nº: 96551855	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R SEVERINO SALES PIMENTEL, 18, CENTRO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Serra Branca		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 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 lesão ligamentar			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS Ressonância			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Lesão ligamentar		21 - CID 10 PRINCIPAL S86.0	22 - CID 10 SECUNDÁRIO S86.0
		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS S86.0	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Artroscopia		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 01.01.01.001	
26 - CLÍNICA 02	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO ☒ (X) CMS ☐ () CPE	28 - Nº DO DOCUMENTO(CMS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016277645787	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS		30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/05/2018	31 - ASSINATURA
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 - CNPJ EMPRESA 		39 - CNIE DA EMPRESA
	40 - CBOE 		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 - DOCUMENTO ☐ CMS ☐ CPF		46 - Nº DO DOCUMENTO(CMS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/12/2020 12:09:58

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121412095786600000036054988

Número do documento: 20121412095786600000036054988

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/12/2020 12:09:58

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

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 Male ☒ 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 MUNICÍPIO 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 completa					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Gaf / Rx					
20 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO Fratura do fêmur					
21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Urgência de cirurgia				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA 02		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO () CNES () CPF		28 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016277645787	
29 - 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) Eduardo Otavio Braga Moraes CRM-PB 15888	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNES 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 () CNES () CPF		47 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			



REQUISICÃO DE EXAMES

[illegible]

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM:
20/06/11

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMENES SOLICITADOS:

dx, Joels e Alec

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐		Carimbo e Assinatura do Médico
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

Paciente		Prontuário		Ale		Leito		Enfermaria	
Série		Série		Série		Série		Série	
Data	Hora	Prontuário		Ale		Leito		Enfermaria	
01-06	Manhã	Paciente em fisioterapia de Ex de pleo		2006.08		tarda		Paciente em EGR com cinto, orientado	
		fubial E, descondi do. Trauma de Mão						colateralizado, com cinto: postereimundo	
		com edema e dor no local conduto:						de MUSS com edema, e flutuação de, ino-	
		modulação de P- e tempo E. Bateria,						muito de MUSS com edema, ino-	
		transição de quadriceps E, Caudex e oia						de quadriceps E com edema, exercícios	
		de HEP. Atuação de MUSS com flutuação						micromacinações MIF. Aed Unifacina	
		Academy Unifacina: Jolativa G. S. Branda						Shirley Medeiros.	
		SUELIO MOREIRA TORRES						SUELIO MOREIRA TORRES	
15-06	Manhã	Paciente em fisioterapia de Ex de pleo							
		do ilíaco, descrição de trauma de							
		omato, com edema no local, conduto							
		NHSS - Inervação com redução, flexão							
		e extensão (ombro e cotovelo), redução							
		e redução com flutuação NHSS -							
		Inervação MIE, flexão e extensão de							
		joelho e quadril direito. Exercícios							
		micromacinações NHSS e NHSS. Aed							
		domes Unifacina Unifacina Medição Be-							
		Jato do Sonda SDA.							

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE
16-70810-1 (Rev. 1-19-63)

[illegible]

1. *Handwritten text in German, likely a letter or report, written on a grid background. The text is written in cursive and is mostly illegible due to the quality of the scan. It appears to be a letter from a man named 'Herrn...' to 'Herrn...'. The text is written in a formal, 19th-century style.*





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Silverino da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>13/06/18</i>	Enf. <i>Onofre J</i>	Leito <i>10-4</i>	
Operador <i>Dr Bruno Brito</i>		1º Auxiliar <i>Dr Unilisson</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Wany (MKL)</i>	3º Auxiliar <i>Elizandro (MKL)</i>	Instrumentador <i>Norma</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx. Plav. Tibial (E)</i>			
Tipo de Operação <i>Osteossíntese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>Ø</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) <i>Plav. em DV sob anestesia</i>
2) <i>Aspiração + Antecópsia + Campos estéreis</i>
3) <i>Incisão postero-medial + em "L" posterior para plav. de zona (Ø) + drenagem por plav.</i>
4) <i>Redução cruenta da fratura</i>
5) <i>Osteossíntese cl. plav. em "T" + parafusos sob guia</i>
6) <i>Aplicação do curativo antisséptico mantido (pl. red. 2) + drenagem de Plav. posterior</i>
7) <i>Medida de 40 x 45 cm</i>
8) <i>Redução por plav.</i>
9) <i>Curativo + Tab. Jactar. MIE</i>

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOR LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENTERAL/ARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>SIEVERINO DA SILVA GONCALVES</u>				IDADE	SEXO	COR
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	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATRAZADOS	CONTROLES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS LÍQUIDOS COÍNGOS VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO 200 240 280 320 360 400 440 480 520 560 600 640 680 720 760 800 840 880 920 960 1000 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excl.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenço: _____ 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: _____			
POSICÃO								
AGENTES		<u>MARCA 0.6% 110ml, 1.6% 110ml, 1.6% 110ml</u>						
TÉCNICA		<u>HALTAS 0.6% 110ml</u>						
OPERAÇÃO		<u>TRAT. CIRURGIA</u>						
CIRURGIÕES		<u>1.6% 110ml + 1.6% 110ml</u>						
ANESTESISTAS		<u>1.6% 110ml</u>						
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

1000 DOR

FOLHA DE ANESTESIA / SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/12/2020 12:09:58

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012141209578660000036054988

Número do documento: 2012141209578660000036054988

Num. 37796900 - Pág. 135



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Severino Silva Gonalves						GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		
		Sus	36 a	1660200	Hospital de Emergência e Trauma Dom Lúcia Gonzaga Fernandes		
CIRURGIA		CIRURGIA		Dr. Yury + Dr. Allisson			
Platino de Plasto		Dr. Bruno + Dr. Yury + Dr. Allisson					
ANESTESIA		ANESTESIA		Dr. Almir			
Raque		Raque					
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO		FIM	
Nora		13-06-18		07:00		10:50	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia		Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		Cafel. p/ Oxi.			Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.		Cafel. De Urinar Sist. Fedh.			Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande			Catgut cromado Serlix	
01	Dimorf amp.		Compressa Pequena			Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonolide			Catgut Simples Serlix	
	Etrane ml		Dreno			Catgut Simples Serlix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº			Catgut Simples Serlix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		01	Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº			Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas			Ethibond	
	Mercaina 0,5 % ml		Equipo de Macrogotas			Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue			Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC			Fio de Algodão Serlix	
	Protigmine amp.		Espandido Lanco cm			Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido 1m		Furacin ml			Fio de Algodão Sutupak	
	Quelcin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades			Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml		06	Mononylon	
	Thionembul ml		Intracath Adulto			Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil			Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23			Prolene Serlix	
04	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11			Prolene Serlix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15			Prolene Serlix	
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0			Vicryl Serlix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5			Vicryl Serlix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0			Vicryl Serlix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5				
	Glicose amp.		Oxigênio 1m 32/m				
	Glucan de Cálcio amp.		Poliflix				
	Haemace! ml.		PVPI Degemante ml				
02	Heparina ml.		PVPI Tópico ml.		Qtd.	SOROS	
	Kanaklon amp.		Sabão Antiséptico			SG Normotérmico 1r 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor			SG Gelado 1r 500 ml	
	Medrolinazol.		Seringa desc. 10 ml			SG Hipertérmico 1r 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml			SG Ringr 1r 500 ml	
	Profamina		Seringa desc. 05 ml		03	SF 500 ml p/ lavar	
	Revivan amp.		Sonda				
	Sniptanon amp.		Sonda toley		Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Cefaloxina 1g		Sonda Nasogátrica		01	placa em T	
			Sonda Uretra! nº			de 4 furos	
			Strydrem ml		03	parafusos e co	
			Tornelinha			tracais	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			material de	
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			implante	
	Agulha desc. 28 x 28		Latex				
	Agulha desc. 3 x 4,5		eletrodo				
01	Agulha p/ raque nº 26		gel condutor				
02	Álcool de Enfermagem						
	Álcool iodado ml						
02	Ataduras de Crepon 15 cm						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
 Maria Sueli Torres
 TAC 03 010-010-010
 COREN 431878

MOD 060



**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Restreito

8559

Hospital: de Emergência e Trauma do F. C. Código: 01Procedimento: Trat. da Col. com T. de L. de C. Cód. Procedimento: 01Paciente: Silvina da Silva GonçalvesData da Cirurgia: 12/06/18 Nº prontuário: 1617-01 Convênio: 01Cirurgião: Dr. V. R. Código: 01 ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	1/2" x 4" com T. de L. de C.			
01	1/2" x 4" com T. de L. de C.			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4) mm	Nº	7.7	7.7	1.1			
	Qtd.	01	01	01			
	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 VENDASCondições de Pagamento: 01Faturar N.F. para: 01Cód. do consultor: 01 Total: 01Cód. Instrumentador: 01**Anotações do Médico**Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br



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, Dispneia = 1 Respiração profunda e tossé = 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: <u>Deiverson da Silva Gonçalves</u>	Idade: <u>36 anos</u>
Convênio: <u>part.</u>	Data: <u>13/05/18</u>
Procedimento: <u>Fix. cirúrg. de fratura de platô tibial</u>	
Cirurgião: <u>D. Porras</u>	Auxiliar: <u>Dr. Yuri</u>
	Anestesista: <u>Dr. Almir</u>
Início:	Término:
	Anestesia: <u>Raqui</u>

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
11:05	109.44	55	98%	Andrea		
11:35	106.47	56	99%	Andrea		
11:50	111.50	58	99%	Andrea		

Medicamentos/Materials	Quantidade

Observações:	
Assinatura Anestesista	Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103





GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SAUDE
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

PACIENTE: Leandro da Silva IDADE: _____ DATA: _____
AMBULATORIO () EMERGENCIA () ALA ()

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

(Circular Stamp)
Dr. Eduardo Braga Moraes
CRM - 39.6388
Fisioterapia

23/05/18
DATA

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 <u>Serequino Silva Gonçalves.</u>			IDADE <u>36a</u>	SEXO <u>M</u>	COR
DATA <u>20/06/18</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URMÁRIO		
ESTADO MENTAL <u>Consciente, orientado</u>			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA <u>Não</u>	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFETO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Síst.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS	500				MANUTENÇÃO Cetamina 50 mg Cefazolina 2g Dexametasona 10 mg Dipiridina 1g Ranitidina 50 mg Tenoxicam 10 mg. ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
CÓDIGOS	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obst.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	PASV FC PADA				Com cânula: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:		
POSICÃO	DDH.						
AGENTES	Bupivacaína hiperbólica 15mg; morfina 0.1mg; fentanil 150mg						
TÉCNICA	Roguiamento (Punção lombar única, L3-4, CTG.)				CÂNULAS		
OPERAÇÃO	Tratamento cirúrgico de fratura de perna E.						
QUIRURGIOS	Dr. Bruno Bailhonte						
ANESTESISTAS	Dra. Karstine						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/12/2020 12:09:58

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012141209578660000036054988

Número do documento: 2012141209578660000036054988

Num. 37796900 - Pág. 142

2002

03
20
10

de

x cabana de 20
x cabana de 20

me 211 0909 10
or 11 0909 10
+ 03 0909 10
LTW 0909 10

03 5

03 1000

03 1000

31/12

03

03

03 1000

10

10

10

10

00:00 03:00 03:00 03:00 03:00 03:00
03:00 03:00 03:00 03:00 03:00 03:00
03:00 03:00 03:00 03:00 03:00 03:00

03:00 03:00 03:00 03:00 03:00 03:00
03:00 03:00 03:00 03:00 03:00 03:00
03:00 03:00 03:00 03:00 03:00 03:00

18-11-81



DN 12-11-8]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Severino da Silva Gonçalves				GOVERNO DO PARÁIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		36	36	P. 1660200	
CIRURGIA + Dr. Bruno + Dr. Karalline			CIRURGIAO		
ANESTESIA			ANESTESIA		
INSTRUMENTAÇÃO			DATA		
André			20-06-18		
INÍCIO			FIM		
09:30			09:00		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calcl. pl Oxa.		Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.	Calcl. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Serlix	
01	Dimorf. amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonóide		Catgut Simples Serlix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Serlix	
	Fenegan 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	
	Mercalna 015% ml flenda	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubatin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix	
	Pav'ón amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sutapak	
	Proflamine amp.	Espandrápelo Largo cin		Fio de Algodão Sutapak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak	
	Quelcin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml		Mononylon	
	Thiopentotal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tetracim amp.	Intracath Infantil		Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	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	
	Flecocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serlix	
01	Gramoxina amp.	Luvas 8.5		Vicryl Serlix	
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Maemacel ml	PVPI Degemante ml			
02	Hyperema ml	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanaktion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotêmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotriazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertêmico fr 500 ml	
	Plast amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Stuplanon amp.	Sonda Foley		placa 4,5 cm	
	Cefazolina 1g	Sonda Nasogátrica		de 4 furos	
		Sonda Uretral nº		+ 03 parafuso	
		Sterydrem ml		TM Cirurgie	
		Tomehina			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Lalese			
	Agulha desc. 3 x 4,5				
01	Agulha pl raque nº 26				
03	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon 1,5 cm				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
			EQUIPAMENTOS		
			☒ Oxímetro de Pulso ☐ Serra ☐ Desfibrilador ☒ Foco Frontal ☐ Fonte de Luz ☐ Foco Auxiliar ☐ Electrocautério ☐ Oxímetro gráfico ☒ Cardiomonitor ☒ Perfusor Elétrico		
CIRCULANTE RESPONSÁVEL					

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Swell

2100 DGE





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, Dispneia = 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:	Jeverino Vilina Gonçalves		Idade:	36 anos	
Convênio:	Copart. 1660800		Data:	20/06/18	
Procedimento:	Tratamento cirúrgico de fratura lux. MEE				
Cirurgião:	D. Perino	Auxiliar:	—	Anestesista:	Dr. Karoline
Início:	7:30	Término:	9:00	Anestesia:	Rapina, + xdoção

[illegible][illegible]

Observações:	
Assinatura Anestesista	Circulante

Relatório de Operação

MACC, 193



50109178

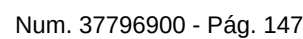
10/10/11

$\frac{1}{2} \frac{1}{2} \frac{1}{2}$ $\frac{1}{2} \frac{1}{2} \frac{1}{2}$ $\frac{1}{2} \frac{1}{2} \frac{1}{2}$ $\frac{1}{2} \frac{1}{2} \frac{1}{2}$ $\frac{1}{2} \frac{1}{2} \frac{1}{2}$

OT
OT
OT
OT

THE BIRTH OF THE NATION

REKING OF THE POLICE
CIVIL
HOBBS & CO. 100-101





Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

7889

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

Grande

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

JEVEKINO DA SILVA GOMES

Nº DO PRONTUÁRIO

1660200

Nº ALH

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT. PRIMEIRA REPARAÇÃO DE PRIMEIRA TIBIAL

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
Duas 1/8" Em T 045		01	
1/8" Em T 45x40		01	
" " 45x48		01	
" " 45x52		01	

DATA DA UTILIZAÇÃO

20/06/18

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Dr. Carlos André da Silva Lima

OBSERVAÇÕES

Q 4.5 T 045

Q 1/8" 162

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Carlos André da Silva Lima
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN-PB 115.838

Embalagem Reduzida - Fone: (81) 99831 0433





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Encaminhamento
ao Hospital de Trauma

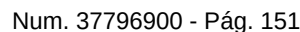
HD Fratura de
Ala Tibial
Shafer III?

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



016-00



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): Suelio da Silva
SÉRIE Gondoles PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 5828 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 23/10/18 A 22/10/18 NECESSITANDO DE
90 (noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 22/10/18

Ass. do Médico
Dr. Suelio da Silva
CRM 123456789

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável

MDO. 098





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): Suelio do Silva
Suelio do Silva PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. S82.8 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. Orlando de Jesus
CRM-PB 3907
R. Orlando de Jesus
R. Orlando de Jesus

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA

V-02
P-900

Severino da Silva Gonçalves

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CPF: 2.555.628 -2 VIA DATA DE EMISSÃO: 18/05/2014

NOME: SEVERINO DA SILVA GONÇALVES

PRACÇÃO: IZAIAS FRANCISCO DA SILVA
IVETE TOMÉ DA SILVA

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

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

068.065.224-83

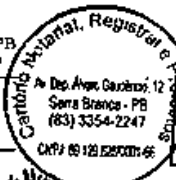
LEI Nº 7.116 DE 19/05/02

CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE SERRA BRANCA/PB
Av. Dep. Álvaro Gusmão, 12 - Centro - Fone: (83) 3354-2247 - cartorio@tjpb.jus.br
Tabela: 151 - Mônica CRISTINA ANTÔNIO DE MENEZES

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

26, 07, 2018

Serra Branca/PB



Selo Digital: 01654207-W3A6
Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Bar. Mônica C. A. de Menezes
TABELA PÚBLICA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341595/18

Vítima: SEVERINO DA SILVA GONCALVES

CPF: 068.065.224-83

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/05/2018

Titular do CPF: SEVERINO DA SILVA
GONCALVES

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

Outros



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



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



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 Matinas
Cidade Serra Branca UF Paraíba CEP 58580-000
Telefone 83-99643-2962 Email saraiaholanda@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 31/08/18 ☐ Recebi os documentos assinalados
Nome _____
Matrícula Correios _____
Severino da Silva Gonçalves
Assinatura do Atendente



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA ORDEM SOCIAL V-02
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-127
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Karla Amanda Gonçalves Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.992.575 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 19/12/2016

NOME KARLA AMANDA GONÇALVES SOUZA

FILIAÇÃO CARLOS ALBERTO GUILHERME DE MATOS
TÂNIA MARIA GONÇALVES

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
SERRA BRANCA-PB 30/12/1987

DOC ORIGEM CASAM N. 3178 FLG. 130 LIV. 12B
CARTÓRIO SERRA BRANCA-PB

050.623.944-69

CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE SERRA BRANCA
Av. Dep. Álvaro Gaudêncio, 42 - Centro - Fone (83) 3354-2247 - cartorio@notariatpb.com.br
TAMARA DEL MONTE CASTRO, Autenticadora de Assinaturas

ALTERNATIVIDADE
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

TABELEIA PÚBLICA

Bel. Mônica C. A. de Melo
TABELIA PÚBLICA



Selo Digital: AHE54207-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 MENDONÇA

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 - OSTEOSSÍNTESE 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

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

