

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2017

Carta nº: 11264544

A/C: MARIA DAS GRACAS NUNES BARBOSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170363404 ASL-0249712/17

Vítima: MARIA HELENA NUNES BARBOSA

Data Acidente: 21/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2017

Carta nº: 11290892

A/C: MARIA DAS GRACAS NUNES BARBOSA

Sinistro: 3170363404 ASL-0249712/17
Vítima: MARIA HELENA NUNES BARBOSA
Data Acidente: 21/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2017

Carta nº: 11405819

A/C: MARIA DAS GRACAS NUNES BARBOSA

Sinistro: 3170363404 ASL-0249712/17
Vítima: MARIA HELENA NUNES BARBOSA
Data Acidente: 21/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **MARIA DAS GRACAS NUNES BARBOSA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001026-X**

Conta: **000010010571-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, MARIA DAS GRAÇAS NUNES BARBOSA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.390.102 EXPEDIDO POR SSP PB EM 02/12/2016
CPF 0306327784-69 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO RECEPCIONISTA
E RENDA MENSAL DE R\$ RECEBIMOS (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA HELMA NUNES BARBOSA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal: **RECEBIDO 25 JUN 2017**
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CFF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1026-X Nº da CONTA (com dígito, se existir) 10571-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

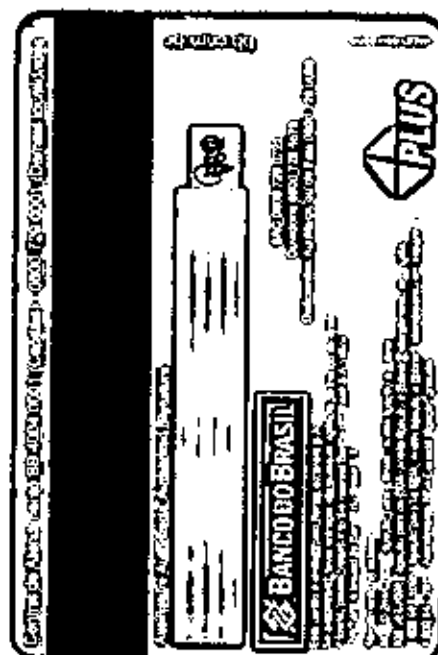
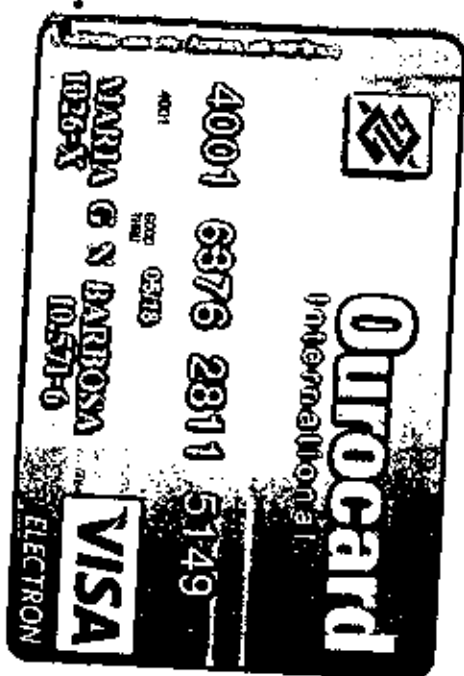
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

PARA ATESTAR 02 de JUNHO de 2017 Maria das Graças Nunes Barbosa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERSANDO SOBRE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO****Nº 08/2017**DATA, HORA E LOCAL DA OCORRÊNCIA: 21/10/2016, às 13H:00MIN, NA PRAÇA FREI MARTINHO, CENTRO DE BARRA DE SANTA ROSA-PB.DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATOS: 04/05/2017, AS 11H:00MIN.COMUNICANTE: MARIA DAS GRAÇAS NUNES BARBOSA, brasileira, casada, nascido em 07/06/1973, filho de Severino Martins Nunes e de Maria das Mercês Oliveira Nunes, residente No Sítio Milhã, zona rural da cidade de Barra de Santa Rosa-PB, RG Nº 2.390.102 e CPF Nº 036.327.784-69. (83) 99106-0299.VÍTIMA: (ADOLESCENTE) MARIA HELENA NUNES BARBOSA, brasileira, solteira, nascido em 14/07/2001, filho de Francisco Barbosa Sobrinho e de Maria das Graças Nunes Barbosa, residente No Sítio Milhã, zona rural da cidade de Barra de Santa Rosa-PB, RG Nº 4.489.717 e CPF Nº 126.975.414-97. Fone: (83) 99949-7416.

TESTEMUNHA (S):

1ª - DAMIANA SANTOS AMORIM, residente No Sítio Milhã, zona rural da cidade de Barra de Santa Rosa-PB, RG Nº 3.613.540 e CPF Nº 078.000.644-50.2ª - MARIA DE FÁTIMA XAVIER OLIVEIRA, residente No Sítio Milhã, zona rural da cidade de Barra de Santa Rosa-PB, RG Nº 3217099 e CPF Nº 042.222.414-66.

NARRATIVA: QUE no dia 21 (vinte e um) de Outubro do ano de 2016, por volta das 13h:00min, encontrava-se atravessando a rua de front a Praça Frei Martinho, Centro desta cidade de Barra de Santa Rosa-PB, quando foi atropelada por uma motocicleta Honda pop 100, cor vermelha, ano e modelo 2016/2017, chassi nº 9C2JB0100HR209597, PLACA QFT-6757-PB, pilotada por JOSÉ DA SILVA BRUCE e de propriedade do mesmo; QUE com o impacto, caiu ao solo, e foi socorrido inicialmente por um popular para o hospital da cidade de Picuí e posteriormente para cidade de Campina Grande, no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes; QUE em decorrência do acidente, fraturou o fêmur da perna esquerda; QUE foi submetida a cirurgia e ficou internado por um período de aproximadamente 09 (nove) dias no referido Hospital; QUE procurou a Delegacia de Polícia desta cidade para Registrar o ocorrido.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: LAVRATURA DO PRESENTE BOLETIM.

AUTORIDADE:

DECIO DE SOUZA LIMA FILHO
DELEGADO DE POLICIA

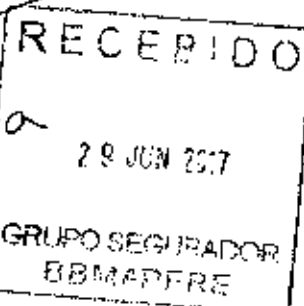
COMUNICANTE:

Maria das Graças Nunes Barbosa

VITIMA:

Maria Helena Nunes Barbosa

ESCRIVÃO:



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, MARIA HELENA NUNES BARBOSA, portador da carteira de identidade nº 4.489.717 e inscrito no CPF/MF sob o nº 126.975.414-97, residente e domiciliado na QT MILHAN, Cidade PARA DE SANTA ROSA, Estado PARAIBA, 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:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria das Graças Nunes Barbosa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



PARA DE SANTA ROSA - PB 04-05-2017

Local e data



Excluded e

Barra de Santa Rosa - PB

REGISTRO CIVIL

ESTADO D PARAIBA
COMARCA D E BARRA DE SANTA ROSA
MUNICÍPIO D E BARRA DE SANTA ROSA
DISTRITO D E BARRA DE SANTA ROSA.
BELA. CICERA CÍSINEA DOS SANTOS

Oficial do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Fls. 44-78.

CERTIFICO que no Livro nº 17.X.X. de autizações, de mandamentos foi feito
no dia 26 do mês de julho do ano de 2001, X.X.X.X.X.X.X.X.

0 registro de MARIA RUIZ MORALES do sexo feminino

às 20 horas e 30 minutos, em a Maternidade APATIP, na
Cidade de Pium - Paraíba .x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

Filho de Francisco Barbosa Sobrinho, agricultor, e de Maria dos Anjos, dona de casa.

Maria das Graças Nunes Barbosa, agricultora, esposa

residentes no sítio Filha, deste Município .x.x.x.x

não avós paternos Antônio Barbosa da Silva .x.x.x.x.x.x.x.x

c Maria Rosendo da Silva .X.X.X.X.X.X.X.X.X.X

avós maternos Severino Martins Nunes x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

Maria das Mercês Oliveira Nunes .x.x.x.x.x

foi declarante: A genitora da registrada .x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.

Testemunha: as constantes do termo .x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

Teslimunhas:

O referido é verdade e dou fé

Observações:

Barra de Santa Rosa, 26 de julho de 2001.

Laíca e clériga dos Santos

Oficial do Registro Civil

RECEPIDO

VITM
29 JUN 1977

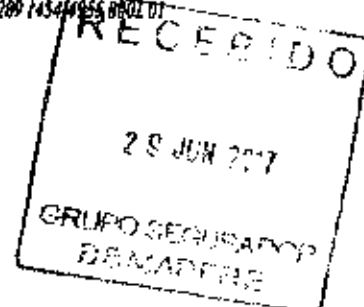
GRUPO SEQUEADOR
BRMAFFRE

ATO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a senhora MARIA HELENA NUNES BARBOSA, deu entrada vítima de acidente automobilístico, nesta unidade na data de 21/10/2016 às 14:19 Horas, conforme ficha atendimento ambulatorial anexa, sendo conduzida para o Hospital de Trauma de Campina Grande transladada na ambulância do Município de Frei Martinho, para realizar exames especializados.

Picuí - PB, 08 de Março de 2017.


Cícera Gomes de Vasconcelos Oliveira
Assistente Social - CRAS 1330
CNS 289 1454 0956 0002 01

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Cidade: CAMPINA GRANDE - PB

EXAME PRIMEIRO DADO: 170
NOME: CIACUNCO, A.

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

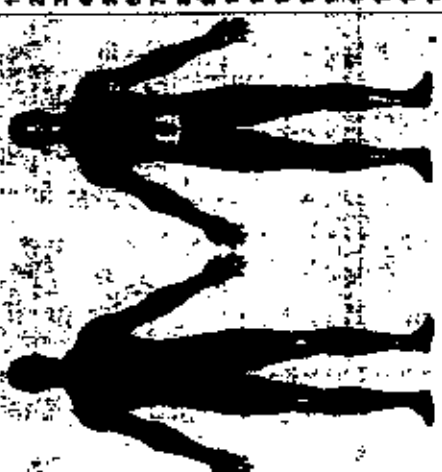
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO: CNPJ 08-776.288/0001-60
 Código de Unidade: 0002367
 Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
 Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
 Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARIA HELENA NUNES BARBOSA Sexo: F Idade: 70
 Profissão: ESTUDANTE Data de Nascimento: 09/07/1957
 End. atual: BAIRRO SÃO JOÃO RURAL
 Município: BARRA DE SANTA RITA CEP: 58600-000
 Data de atendimento: 25/10/2018 18:20h
 Cartão de SUS: 1072001 Ocorrência: FRATURA

MECANISMO DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO / Identifique o local com o número correspondente ao quadro



1. Abuso	16. Fratura de braço esquerda
2. Aniquilação	17. Fratura de braço direita
3. Arredondo	18. Hematoma
4. Colisão	19. Hematoma
5. Corte	20. Hematoma
6. Deformação	21. Hematoma
7. Edema	22. Hematoma
8. Empalme	23. Hematoma
9. Enfiado	24. Hematoma
10. Enfiado	25. Hematoma
11. Enfiado	26. Hematoma
12. F. Alma branca	27. Hematoma
13. F. Alma de fogo	28. Hematoma
14. F. Contusão	29. Hematoma
15. F. Contusão	30. Hematoma
16. F. Contusão	31. Hematoma
17. F. Contusão	32. Hematoma
18. F. Contusão	33. Hematoma
19. F. Contusão	34. Hematoma
20. F. Contusão	35. Hematoma

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

1. Exame físico

2. Exame físico

3. Exame físico

4. Exame físico

5. Exame físico

6. Exame físico

DIAGNÓSTICO CID:

QUENADURA: Superfície corporal lesada = 1 1º grau 1 2º grau 1 3º grau

RECEBIDO
22 JUN 2018
GRUPO SERIADO
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS GRACAS NUNES BARBOSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01026-X

CONTA: 000010010571-8

Nr. da Autenticação 3DCC29A59B57513C



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA DAS GRACAS NUNES BARBOSARG nº 2.390.102, data de expedição 07/12/2016 Órgão SSP PB

CPF nº 036.327.784-69, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ST MILHAN</u>
Número	<u>912</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>BARRA DE SANTA ROSA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>59170-000</u>
Telefone de Contato	<u>83 999 20 49 57</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BARRA DE SANTA ROSA PB 04-05-2017Assinatura do Declarante: Maria das Gracas Nunes Barbosa

FRANCISCO BARBOSA SOBRINHO
SIT. SÃO ALVÃO, S/N - ÁREA RURAL
BARRA DE SANTA ROSA/PE CEP: 56170-000 (AG. 80)



Classe/Serviço: RESIDENCIAL / BARRA PENHA MONOFÁSICO
Roteiro: 11 - 107 - 457 - 3740
Ratificação: Jan/2017
Nº medidor: 00000777338
Entradas: 18/01/2017

ENERGISA PÓLEA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cidade Pedreira - João Pessoa/PB - CEP: 56011-030
CNPJ: 08.968.193/0001-40 - Ins. Est. 18.015.623-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica: 4000.810.509
Código para DÍBITO Automático: 0000481436

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/648148-6

Jan / 2017

Canal de contato

Apresentação

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

18/01/2017

Data prevista da próxima leitura

15/02/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

75870471404

Insc. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
20/12/16	9101	18/01/17	9108	28
Demonstrativo				
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
Consumo até 20kWh - BR	30	0,14913	4,47	
Consumo - 31 a 100kWh - BR	65	0,25558	16,61	
Subtotal			20,74	
ICMS			15,11	
PIS			0,82	
COPVCS			2,98	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
JUROS DE MORA 12/2016			0,06	
MULTA 12/2016			0,48	
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2016			0,01	
Despesa Subtotal			20,74	

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/16	80
Nov/16	80
Out/16	81
Set/16	83
Ago/16	87
Jul/16	80
Jun/16	79
Mai/16	78
Abr/16	71
Mar/16	84
Fev/16	88
Jan/16	79

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	80,43	25,00	15,11
PIS	80,43	1,0400	0,82
COPVCS	80,43	4,7801	2,98

Média dos últimos meses
89

VENCIMENTO
25/01/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 40,23

RESERVADO AO FISCO

d3fd.0741.2c08.1d8d.8989.dc7e.411c.81bb

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de tensão (V)
DIC MENSAL	11,01	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	22,02		
DIC ANUAL	44,07		
FIC MENSAL	7,74	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	15,48		LIMITE INFERIOR 202
FIC ANUAL	30,96		LIMITE SUPERIOR 231
DMC	5,89	0,00	
DICR	19,80		

Composição do valor total da sua conta

Descrição base	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	8,01	19,81
Compra de Energia	8,37	20,79
Serviços de Transmissão	0,55	1,37
Encargos Sociais	2,15	5,33
Impostos Diretos e Encargos	19,15	47,80
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	40,23	100,00

Verificar ENEC (Ref. 11/2016) R\$ 59

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada com Base Mensal, tendo um desconto de R\$ 20,74
- Leitura confirmada

RECEBIDO

25 JUN 2017

GRUPO SEGURADOR
BRASILERS



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, WILÉLIO GOANES DE MELORG nº 2.978.341, data de expedição 19/07/2011 Órgão SSP/PB

CPF nº 068.148.074-21, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PORFÍRIO FELIX DE MACEDO</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>JD KENNEDY</u>
Cidade	<u>PICUI</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>56187000</u>
Telefone de Contato	<u>33 999204957</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PICUI/PB 10-05-2017Assinatura do Declarante: Wilelio Goanes de Melo.

MANOEL ANTONIO DA SILVA
RUA PORTUGAL FELIX DE MACE, 50 - JO KENEDY
PILCUI/PR CEP- 58181000 (AQ: 80)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/BAIXA RENDIMENTO MONOFÁSICO
Potência: 9 - 80 - 520 - 1030
Nº medidor: 00008154000

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Bairro: Centro - Cx. Postal: 10000-000 - CEP: 81001-000
CNPJ: 09.026.143/0001-42 - Ins. Est. 15015823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica: M00054519
Código para Dúvidas Automáticas: 03 01057107

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 383 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Jan / 2017

Apresentação

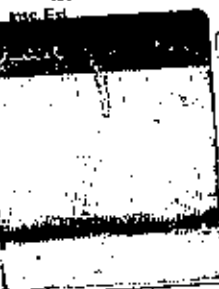
16/01/2017

Data prevista da próxima leitura

13/02/2017

CPE/ CNPJ RANI

1884714480



Histórico de Consumo (kWh)

Dez/16	155
Nov/16	148
Out/16	123
Set/16	133
Ago/16	132
Jul/16	154
Jun/16	125
Mai/16	108
Abr/16	183
Mar/16	185
Fev/16	109
Jan/16	172

Média dos últimos meses

125

RESERVADO AO FISCO

6361.240c.238b.aeae.69e7.2d08.093d.a376

Indicadores de Qualidade 11/2016 - P.04

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	8,15	NOMINAL 220
DIG TRIMESTRAL	12,30	
DIG ANUAL	24,60	CONTRATUAL 202
FIC MENSAL	3,36	
FIC TRIMESTRAL	8,00	LIMITE CPE-BUR 231
FIC ANUAL	13,20	
DVAC	3,03	
DACRI	12,22	

Determinação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia	18,88	18,88
Controle de Energia	18,57	23,38
Serviços de Transmissão	1,15	1,29
Encargos Sociais	0,58	1,88
Encargos Diretos e Encargos	38,58	47,41
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	87,66	100,00

Valor do EVSD (Ref. 11/2016) R\$121,44

Susceptibilidade da fatura como Base Renda (tem um desconto de R\$ 24,77)

23/01/2017

R\$ 83,50

RECEBIDO

29 JUN 2017

P. 10/2017/2017



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LUCILIO SOARES DE MELO, portador(a) do

RG nº 2.978.341, expedido por SSP PB, em

19/07/2011, CPF/CNPJ nº 068148074-24,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MARIA

HELENA NUNES BARBOSA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDE 2

da vítima MARIA HELENA NUNES BARBOSA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: _____ Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

Lucilio Soares de Melo

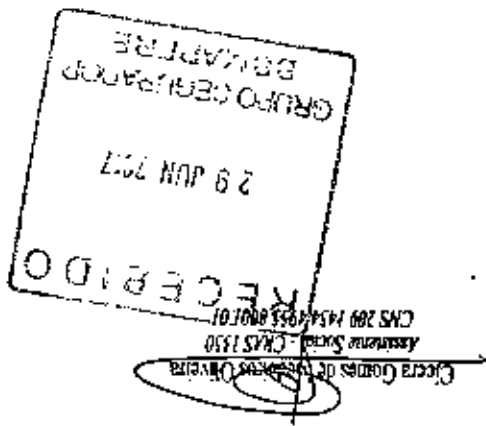
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



D E C L A R A Ç Ã O

Declaro para os devidos fins que a senhora MARIA HELENA NUNES BARBOSA, deu entrada vítima de acidente automobilístico, nesta unidade na data de 21/10/2016 às 14:19 Horas, conforme ficha atendimento ambulatorial anexa, sendo conduzida para o Hospital de Trauma de Campina Grande transladada na ambulância do Município de Frei Martinho, para realizar exames especializados.

Picuí - PB, 08 de Março de 2017.



8-3 Maria Helene Nunes

8-03

24. 10. 16 = Maria dos Graços Nunes Barbosa
22. 10. 16 = Maria dos Graços Nunes Barbosa
23. 10. 16 = Maria dos Graços Nunes Barbosa
24. 10. 16 Maria do Socorro Passos Silva
25. 10. 16 = Maria do Socorro Nunes Barbosa
26. 10. 16 = Maria do Socorro Nunes Barbosa
27. 10. 16 = Maria dos Graços Nunes Barbosa
28. 10. 16 = Maria dos Graços Nunes Barbosa



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ft. FERNANDES

Paciente: Nayara Helena N. Barbosa Alojamento: PEP Leito: 8-3 Convênio:

Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
28	1) Oxal. 1g				
30	2) Oxal. 0,1 amp + 100 ml EV 8h				# Biotipado
31	3) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				ESR, com teste, atualiz. Al de 10/10/10
	4) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	5) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	6) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	7) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	8) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	9) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	10) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	11) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	12) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	13) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	14) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	15) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	16) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	17) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	18) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	19) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	20) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	21) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	22) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	23) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	24) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	25) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	26) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	27) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	28) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	29) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	30) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	31) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	32) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	33) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	34) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	35) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	36) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	37) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	38) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	39) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	40) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	41) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	42) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	43) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	44) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	45) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	46) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	47) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	48) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	49) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	50) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	51) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	52) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	53) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	54) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	55) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	56) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	57) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	58) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	59) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	60) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	61) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	62) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	63) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	64) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	65) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	66) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	67) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	68) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	69) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	70) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	71) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	72) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	73) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	74) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	75) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	76) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	77) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	78) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	79) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	80) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	81) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	82) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	83) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	84) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	85) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	86) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	87) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	88) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	89) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	90) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	91) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	92) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	93) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	94) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	95) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	96) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	97) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	98) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	99) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				
	100) Oxal. 20 mg + 100 ml EV 12h				



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

M^o H. Idemo Nunes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

254.227

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 0 5 0 3 3 5 1 0 6 1 7 1 5 7 1

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/10/1991

9 - SEXO

Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Ilhéus, zona rural

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Barro de Santa Rosa

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

PPB

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Do, Dor midio e inferior
em coxa (E), após trauma
contuso

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Gravidade

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

Exame físico e Radiológico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura fêmur distal (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/10/16

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

Dr. Emerson Lison L.A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 6657 CRM-PB 10168

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



SUS

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO) ESPECIAL(AIS)**

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - Cód. 10 PRINCIPAL

24 - Cód. 10 SECUNDÁRIO

25 - Cód. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI EXU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DE SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

CNS

CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DE SOLICITAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

CNS

CPF

DESTINO DO PACIENTE:

às _____ hs.

- () Centro cirúrgico: _____
 () Internação (setor): _____
 () Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL: _____
- () Alta hospitalar { () A revele
 () Desido médico
 () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Maria Helena Nunes Barbosa
 End: R. 2 Bairro: Prata 743
 Data de Nascimento: 29.07.50 Documento de Identificação: _____
 Queixa: _____ Data do Atend.: 21.10.16 Hora: 18:20 Documento: _____
 Acidente de trabalho? () Sim () Não.

Fratura de Femur

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
 Frequência respiratória: _____ Frequência cardíaca: _____
 Pressão arterial: _____ Temperatura axilar: _____
 Dosagem de HGT: _____ Mucosas: () Normocorada () Pálida
 Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

Estratificação

MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
 () Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
 () Azul - atendimento ambulatorial

Maria Ignez da Silva
 Especialista em Saúde Família
 COREN-PA 15885

Assinatura e carimbo do profissional

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Maria Helena Nunes Barbosa D.N. 14/07/2001		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE
		Sus	15 anos
CIRURGIA T.T. Cirurgico, c/fixação		CIRURGIAO	
Fratura de Femur. MIE		Dr. Alisson + Dr. João Paulo + Dr. Eduardo	
ANESTESIA		ANESTESIA	
Raque		Dr. Roberto	
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM
Laís	24/10/16	10h, 20'	12h, 10'
MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		FIOS	
Qtd.		Qtd.	
Adrenalina amp.	01	Catgut cromado Serfix	
Atropina amp.		Catgut cromado Serfix	
Diazepam amp.		Catgut cromado Serfix	
Dimore amp.		Catgut Simples	
Dofantina amp.		Catgut Simples Serfix	
01 Etano ml Midazolam		Catgut Simples Serfix	
01 Fenegam amp.		Catgut Simples Serfix	
01 Fentanil ml		Cera p/ osso	
01 Nova ml E. lamidin		Ethibond	
01 Ketalar ml	01	Ethibond	
01 Mercaina 0.5 % ml		Ethibond	
Nubain amp.		Fio de Algodão Serfix	
Pavulon amp.		Fio de Algodão Serfix	
Protigmine amp.	0.5	Fio de Algodão Sutupak	
Protóxido l/m	0.5	Fio de Algodão Sutupak	
Quelicin m'	0.5	Fila cardiaca	
Rapifen amp.		Mononylon 2-0 "	
Thionembatal ml		Mononylon	
Tracrium amp.		Prolene Serfix	
Qtd. MEDICAÇÕES *	01	Lâmina de Bisturi nº 23	
04 Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	
01 Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	
02 Dipirona amp.	02	Luvas 7.0	02
Flaxidol amp.		Luvas 7.5	02
Fieboocort amp.		Luvas 8.0	
Geramicina amp.	0.5	Luvas 8.5	
Glicose amp.	2.0	Oxigênio l/m p/min	
Glucon de Cálcio amp.		Poliflix	
Haemacel ml.	0.5	PVPi Degemante ml	
Heparema ml.		PVPi Tópico ml.	Qtd.
Kanakon amp.	0.5	Sabão Antiséptico	02
Lasix amp.	0.4	Saco coletor Lixa/roupa	SG Normotérmico fr 500 ml "
Medrofinazol.	0.2	Seringa desc. 10 ml	SG Gelado fr 500 ml
02 Piesil amp Nauseidrom		Seringa desc. 20 ml	SG Hipertérmico fr 500 ml
Prolamina	0.2	Seringa desc. 0.5 ml	SG Ringr fr 500 ml "
Revivan amp.		Sonda	SG fr 500 ml 7 / Limpeza
Stupanon amp.		Sonda folley	
02 Cefalotina 1g		Sonda Nasogática	Qtd.
01 Efedrina		Sonda Uretral nº	01 Placa c/ 12 furos
01 Ibuprofeno 20mg		Slerydrem ml	08 Parafusos
		Tornetinha	Ver nota da empresa
Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml	
03 Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18	
Agulha desc. 20 x 22 40 x 40	0.5	Latox	
Agulha desc. 3 x 4.5	0.5	Eletrodos	
Agulha p/ raque nº 2.5	0.5	Algodões antipodico	
0.5 Alcool de Enfermagem			
Alcool iodado ml			
0.6 Ataduras de Crepon 10cm			
Ataduras de Gessada			
Azul metileno amp.			
Benzina ml			
		CIRCULANTE RESPONSÁVEL	
		Maria Helena	



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Maria Helena Nunes Barbosa		Idade:	33	
Convênio:	SUS		Data:	27/10/16	
Procedimento:	Rto cirúrg c/ fixação de fêmur				
Cirurgião:	Dr. Nelson	Auxiliar:	Dr. João Paulo	Anestesista:	Dr. Roberto
Início:	30, 20'	Término:	32, 10'	Anestesia:	Raque

[illegible][illegible]

Observações:

Pl. crescente, com muita, sup. montando voluntariamente
34 metros. Sem quebra. Olic de 3 EPT.



Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		2
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia - 0		
Respiração Limitada, Dispneia = 1		2
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		2
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0		
Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1		2
Sat O ₂ < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		2
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		10

Assinatura Anestesiista

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Marine Helena Rins Barbosa</u>			IDADE: <u>75</u>	SEXO: <u>F</u>	COR: <u>P</u>
DATA: <u>27/10/16</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>110/70</u>	PULSO: <u>80</u>	RESPIRAÇÃO: <u>20</u>	TEMPERATURA: <u>36,5</u>	PESO: <u>60</u>	ALTURA: <u>1,60</u>	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMATÓCITOS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÊMIA	URÉIA	OUTROS	
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA: <u>A.A.</u>	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Exatome de Tumor</u>					ESTADO FÍSICO: <u>Ara</u>	RISCO: <u>I</u>	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO		
LÍQUIDOS					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
CÓDIGOS					MANUTENÇÃO		
VP: ARTERIAL, O PULSO, O RESPIRAÇÃO AX: ANESTESIA, O OPERAÇÃO					Propofol - 0,1% Clonidine - 0,1% Cefepime - 0,2% Difeno - 4,0% Diltiazem - 2,0% Midazolam - 1,0% Propofol - 1,0% ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não por _____ O ₂ - 2L/min DESPERTAR: _____ Reflexos na SO: _____ Obst.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Promotizel O op. de fú... O cirurgião O anestesista				Com cânula: _____ Para o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____		
POSICÃO	Prone				Fú...		
AGENTES	Propofol, Diltiazem + Clonidine				Fú...		
TÉCNICA	Propofol 1,0% + 25 mg/kg				Fú...		
OPERAÇÃO	Tumor de Tumor de Tumor				Fú...		
CIRURGIÕES	Dr. Roberto				Fú...		
ANESTESISTAS	Dr. Roberto				Fú...		
OBSERVAÇÕES	Anestesia				Fú...		
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente Maria Helena		Nº Prontuário	
Data da Operação 27/10/16	Enf.	Leito	
Operador Dr. Engima	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório		Fratura de fêmur proximal	
Tipo de Operação		Osteossintese	
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato		SIM	
Acidente Durante a Operação		Não	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica / Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
1/	KCI DDT
2/	Tratamento + Anestesia
3/	Campos operatórios
4/	Exatidão da avaliação da cavidade
5/	Processo por planos
6/	Redução cirúrgica da fratura
7/	Fixação com placa DCP
8/	Exatidão da redução
9/	Sutura por planos
10/	Cura

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 3551

Hospital: de Emergência e Trauma de P. Grande, Código: _____

Procedimento: Tot. Dis. EPK. de Tot. de Fimur (Quilod), Procedimento: _____

Paciente: Maria Helena Nunes Barbosa

Data da Cirurgia: 27/10/16 Nº prontuário: 1342765 Convênio: _____

Cirurgião: Dr. Edemerson Código: _____ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa: Longa PFI 12F			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4,5) mm	Nº	30	42	56	68				
	Qtd	01	01	01	01				
	Cód								
Parafuso Cortical (50) mm <u>Bloqueado</u>	Nº	30	36	50					
	Qtd	01	02	01					
	Cód								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd								
	Cód								

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

DIAGNÓSTICO:

for $\mathbb{R}^n$

PACIENTE: María Helena Núñez Bautista

ENFERMARIA: PEO -

LEIT 02117
8-3

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA				EVOLUÇÃO
26/10	1) DIETA <i>lactar</i>				
26/10	2) SF 0,9% 1.000 ml EV 24 h				
26/10	3) Dipirofona 0,1 amp. + AD EV 6/6 h				#ORTOPEDIA
	4) Tilatil 40 mg + AD EV 12/12 h <i>duo 20 mg</i>				6º DH
	5) Omeprazol 40 mg EV 1 x ao dia				200, consciente, orientado, estável, sem distúrbios.
	6) Nauseadron 8 mg + AD EV 8/8 h SN				
	7) SSVV + CCGG				
	8) Clexma 40 mg SC 1 x dia				

RESOLUÇÃO

CONFERÊNCIA

ASSINATURA

DATA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

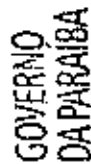
Paciente	Henri Helena Nunes Barbosa	Alojamento	8	Leito	3	Convênio
----------	----------------------------	------------	---	-------	---	----------

[illegible]

**GOVERNO
DA PARAIBA**

PACIENTE: Maria Helena Nunes Barbosa

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	EVOLUÇÃO
24	1) DIETA L/V/L	
30	2) SF 0,9 % 3 - 000 ml EV 24 h	
16	3) Dipirone 01 amp. + AD EV 6/6 h	
	4) Tilatil 40 mg + AD EV 12/12 h 1 di-no, 20 mg	
	5) Omeprazol 40 mg EV 1 x ao dia	
	6) Nauseadron 8 mg + AD EV 8/8 h S/N	
	7) SSVV + CCGG	
	8) Claxane 40 mg SC 1 x dia.	



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

Red 83

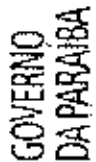
DIAGNÓSTICO:

PACIENTE: Maria Helena Nunes Barbosa

ENFERMIA:

LEITO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	EVOLUÇÃO
33	1) DIETA LIVRE	
12	2) SF 0,9% 1.000 ml EV 24 h	
16	3) Dipirone 01 amp. + AD EV 6/5 h	#ORTOPEDIA
	4) Tiltil 40 mg + AD EV 12/12 h	2º DIH
	5) Omeprazol 40 mg EV 1 x ao dia	EG3, consciente, orientado, estável, sem distúrbios.
	6) Mausestron 8 mg + AD EV 8/8 h	
	7) SSVV + CCGG	
	Medicação 40 mg SC 1x dia	



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DIAGNÓSTICO:

Ex. 1/2 distal to prox. (E)

PACIENTE: Maria Helena Nunes Barbosa

ENFERMARIA: Oba: pediatrica LEITO.

289

[illegible]

Handwritten notes:
 1. *Don't forget to check the box for "Other" if you are not sure.*
 2. *Don't forget to check the box for "Other" if you are not sure.*
 3. *Don't forget to check the box for "Other" if you are not sure.*

FX 5/3 dated June 6/5

Paciente					
	Marisa	Hidrelva	Alojamento	Leito	Convênio

[illegible]

8-3



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

92.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: M. Juliana N. Barbosa

Registro:

Leito:

Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36 °C; P: 40 bpm; FR: 10 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 ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: MS D Data da punção: ___/___/___	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: ☒ Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ___/___/___	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: ☒ Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: ☒ Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: ☒ Local/Aspecto: MIE (Femur) Curativo em: 28/10/16	
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 PSICÓESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Realizado curativo em MIE ferida operatória com leve exposto.	
Lilian Balduino de Menezes Téc. Enfermagem COREN-PB 452304	
20:00 T: 36°C	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Vera Lucia Barbosa Aquino ENFERMEIRA COREN 36501 DEUS É FIEL	
DATA: 28/10/16 HORA: _____ h	

paciente:		Enfermaria: 8		Leito: 3		Data: / /		
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()	
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ()				Dor abdominal ()			
	Fatores biológicos ()				Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			
	Fatores psicológicos ()				Outro ()			
Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()				Dor ()			
Dor aguda	Ansiiedade ()				Fracqueza ()			
	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Outros ()			
Hipertermia	Anestesia ()				Desidratação ()			
Integridade da pele prejudicada	Aumento da taxa metabólica ()				Trauma ()			
	Extremos de idade ()				Circulação prejudicada ()			
Mobilidade Física prejudicada	Hipotermia ()				Imobilização física ()			
	Ansiedade ()				Desconforto ()			
Padrão respiratório ineficaz	Prejuízos músculo esquelético ()				Desuso ()			
	Ansiedade ()				Dor ()			
Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()				Queimaduras ()			
	Drenos ()				Outros ()			
Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos ()				Defesas primárias inadequadas ()			
	Procedimentos invasivos ()				Outro ()			
Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()				Medicações ()			
	Extremos de idade ()				Agitação/Desorientação ()			
Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlado do sono ()				Outro ()			
	Ruído ()				Imobilização física ()			
Outro								
Outro								



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maurício Helena N. Barbosa Registro: _____ Leito: 8-3 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 () Parestesia Local: _____

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Paciente:	Enfermagem:		Leito:	Data:
DIAGNÓSTICOS FAIXAS RELACIONADAS / FATORES DE RISCO CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS				
1	Constipação	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Abdome distendido () Dor à evacuação Outro () Anorexia () Dor abdominal ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro () Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro () Ansiedade ()	Cavidade bucal tenda () Diarréia () Outro () Dor abdominal () Mucosas pálidas () Incapacidade de acessar o banheiro () Outro () Incapacidade de lavar o corpo ()	
3	Deficit no auto cuidado para banho	Ansiedade () Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()	
4	Dor aguda	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia () Taquipnéia () Outro () Destruição de camadas da pele () Invasão de estruturas do corpo () Rompimento da superfície da pele () Outro ()	
5	Hipertermia	Extremos de idade () Circulação prejudicada () Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Dificuldade para virar-se () Dispnéia ao esforço () Outro Movimentos descontrolados ()	
6	Integridade da pele prejudicada	Ansiedade () Descontorno () Rigidez articular Prejuízos músculo esquelético () Desuso () Outro () Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na profundidade respiratória () Dispnéia () Batimento de asa de nariz () Ortopnéia () Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ascite () Queimaduras () Vômito () Diarréia () Drenos () Outros () Aumento da exposição ambiental a patógenos () Defesas primárias inadequadas () Procedimentos invasivos () Outros () Mobilidade física prejudicada () Medicamentos () Extremos de idade () Agitação/Desorientação ()		
8	Padrão respiratório ineficaz			
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico			
10	Risco de infecção			
11	Risco de queda			
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono () Outro () Ruído () Imobilização física ()	Mudança do padrão normal do sono () Outro () Relatos de dificuldade para dormir ()	
13	Outro			
14	Outro			

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

☐ Avaliar distensão abdominal.		
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
☐ Afetar glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		☐ Melhorar a aceitação alimentar.
☐ Manter para as queixas de náuseas e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aparência, frequência e quantidade).		☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Observar a comunicação dificuldades alimentares.		
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.		
☐ Realizar banho no leito (S/M) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.		
☒ Avaliar alterações de sinais vitais.	7x dia	
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.		
☐ Observar reações de desorientação/confusão.		
☒ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	5x dia	☐ Melhora da integridade da pele
☒ Analisar condições do curativo.	3x dia	☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.		
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.		☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SpO2 e comunicar se for menor que 95%.		☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		☐ Risco de desequilíbrio de volume e líquido ausente / diminuído.
☐ 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 para detectar sinais fisiológicos.		☒ Diminuir o risco de infecção.
☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais fisiológicos e anotar.		
☒ Realizar desinfecção com álcool 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Manter as grades do leito elevadas.		
☐ Contar o paciente quando necessário.		
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.		☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Orientar repouso no leito.		
☒ Administrar medicação CPM.		
☐ Outros		☐ Outros
☐ Outros		☐ Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ms Helena N. Barbosa Registro: Leito: 1-3 Setor Atual: 2202

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,4 °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 () Caleter 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: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ☒ ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção: ____/____/____
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Galtonomia () Jejunostomia () NPT. Hora: ____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD. Débito: ____ ml/h:	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas. Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: ____ Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio: ____ Local: ____	Descrição: ____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: ☒ Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo;
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
do: 007 = TAX = 1374 Fe = 786 FA = 1374	
dego gregária no momento	
claudia 1003886	
24: 007. 007 gregária no momento, segue em dia 20	
claudia 1003886	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Angela Maria da Silva Medeiros ENFERMEIRA COREN 73231	
DATA: 26/10/16	HORA: ____ h

Paciente:		
Enfermaria:		
Leno:		
Data:	/	/

FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS				
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()	Anorexia ()	Dor abdominal ()	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Fatores psicológicos ()	Outro ()	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Frequência ()	Outro ()	
4	Dor aguda	Ansiedade ()	Agentes lesivos (EX: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()	Outros ()		Relato verbal de dor ()		
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
6	Integridade da pele prejudicada	Aumento da taxa metabólica ()	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()	Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()	
7	Mobildade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular	Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()	
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Outro ()		
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Asclie ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()			
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Procedimentos invasivos ()	Outro ()	Delasas primárias inadequadas ()			
11	Risco de queda	Mobildade física prejudicada ()	Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()	Outro ()			
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlado do sono ()	Ruído ()	Imobilização física ()				
13	Outro							
14	Outro							

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar distensão abdominal.		☐ Obtenção da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		☐ Melhorar a aceitação alimentar.
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		☐ Controle da dor (melhoria / ausência).
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.		
☐ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.		
☒ Avaliar alterações de sinais vitais.		
☒ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	12/12/20	
☒ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.	6/6m	
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.	6/6m	
☐ Observar reações de desorientação/confusão.		☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Proporcionar condições de higiene onerosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		☐ Melhorar a integridade da pele.
☐ Analisar condições do curativo.		☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.		☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.		☐ Melhorar a perfusão tissular.
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 a comunicar se for menor que 95%.		☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		☐ Diminuir o risco de infecção.
☐ Realizar balanço hídrico.		
☐ Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Trocar acesso venoso perfêntico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
☐ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
☐ Manter as grades do leito elevadas.		
☐ Conter o paciente quando necessário.		
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.		
☐ Orientar repouso no leito.		
☐ Administrar medicação CPM.		☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Outros		☐ Outros
☐ Outros		☐ Outros

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: M^{te} Helena W. Barbosa Registro: Leito: 8-3 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5 °C; P: 80 bpm; FR: 20 irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

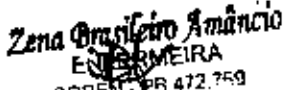
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização:		Data da punção ____/____/____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: (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: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()			
Inclusão cirúrgica: () Local/Aspecto:		Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto:		Débito:	Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio:		Local:	Descrição: Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente (X) 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			
10:00 - Feito curativo no local da legião.			
20:00 T - 37°C			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: 25/10/2016	HORA: 10:00 h
 Zena Amâncio ENFERMEIRA CREN - PB 472.759			

Paciente:

Enfermária:

Leito:

Data:

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()	
		Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()		
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()	
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()		
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()		
		Ansiiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()			
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()		
		Outros ()				Relato verbal de dor ()			
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()			
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()	
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()		
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()		
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro	
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()			
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()		
					Outro ()	Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Asclie ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()				
		Drenos ()	Outros ()						
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()						
		Procedimentos invasivos ()	Outro ()						
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()			Medicações ()				
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()						
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()			Outro X	Manutenção do padrão normal do sono ()	Outro ()		
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()			
13	Outro								
14	Outro								

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar distensão abdominal. ☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante. ☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou curcos). ☐ Alterar glicemia capilar, anotar e mediar CPM.		☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada. ☐ Melhorar a aviação alimentar.
☐ Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, mediar CPM, reavaliar em 30 minutos). ☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade). ☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.		☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro. ☐ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo. ☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		☐ Auxílio diante às necessidades de higiene.
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável. ☐ Avaliar características, intensidade e local da dor. ☐ Avaliar alterações de sinais vitais.		☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar cor após administração da medicação. ☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Incentivar a ingestão de líquidos. ☐ Observar reações de desorientação/confusão.		☐ Melhorar da integridade da pele.
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM. ☐ Analisar condições do curativo.		☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele. ☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.		☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado. ☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		☐ Melhorar da perfusão tissular. ☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura). ☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ Realizar balanço hídrico. ☐ Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		☒ Diminuir o risco de infecção.
☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar. ☒ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	72/72 horas	
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos. ☐ Determinar a capacidade em transferir-se (ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).	plano	
☐ Manter as grades do leito elevadas. ☐ Contar o paciente quando necessário.		☒ Diminuir o risco de queda.
☒ Manter ambiente calmo e tranquilo. ☐ Orientar repouso no leito.	sempre	☒ Melhorar do padrão do sono.
☐ Administrar medicação CPM. ☐ Outros		☒ Outros
☐ Outros		☐ Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Marta Helena N. Barbosa Registro: _____ Leito: 8.3 Setor Atual: Pediatria

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36 °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: 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

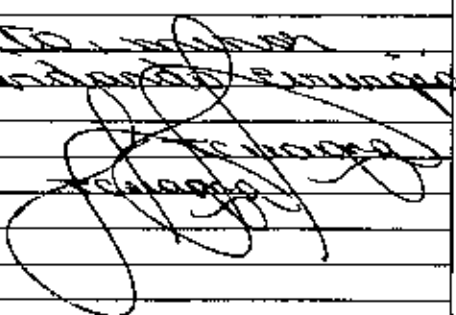
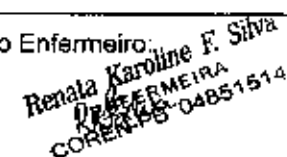
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização:		Data da punção: ____/____/____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora:		Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: ☒ Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida (☒) Constipado há 3 dias () Outros:			
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () 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: ____/____/____	
Drano: () 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			
1000 = Realizado em 10/10/2016			
em 10/10/2016			
1000 T=36e			
1000 em 10/10/2016			
			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 			
DATA: 24/10/2016		HORA: ____ h	

Paciente:

Enfermeira:

Leito:

Data:

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()	
		Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()		
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()	
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()		
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()		
		Aniedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()			
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()		
		Outros ()				Relato verbal de dor ()			
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()			
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()	
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()		
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()		
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro	
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()			
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()		
						Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()				
		Drenos ()	Outros ()						
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos ☒	Defesas primárias inadequadas ☒						
		Procedimentos invasivos ☒	Outro ()						
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()			Medicações ()				
		Extremos de idade ()	Agitação/Desorientação ()						
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlado do sono ()			Outro ()	Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()		
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()			
13	Outro								
14	Outro								

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

☐ Avaliar distensão abdominal.		
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Aferir glicemia capilar, anotar e medir a CPM.		
☐ Atenção para as queixas de náusea e vômito (anotar, medir a CPM, reavaliar em 30 minutos).		☐ Melhorar a aceitação alimentar.
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.		☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.		
☐ Avaliar alterações de sinais vitais.		
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.		
☐ Observar reações de desorientação/confusão.		☐ Melhora da integridade da pele.
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Analisar condições do curativo.		
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.		☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.		
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
☐ Realizar balanço hídrico.		
☐ Observar o local da fenda/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		☒ Diminuir o risco de infecção.
☒ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Manter as grades do leito elevadas.		
☐ Contar o paciente quando necessário.		
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.		
☐ Orientar repouso no leito.		☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Administrar medicação CPM.		
☐ Outros		☐ Outros
☐ Outros		☐ Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

92.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: M. Helena N. Barbosa Registro: Leito: Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

1/2 Sinais vitais: Tax: 36.5 °C; P: 80 bpm; FR: 16 irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
 HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo;	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
00:00 T 044C	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 23 / 10 / 16 HORA: _____ h	
Enfermeira	
CPF 323655	

Paciente: _____ Enfermeira: _____ Leito: _____ Data: ____/____/____

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO										CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()	Constipação	Habitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()	Anorexia ()	Dor abdominal ()	Diarréia ()	Outro ()
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades										Dor abdominal ()			
3	Déficit no auto cuidado para banho										Incapacidade de acessar o banheiro ()			
4	Dor aguda										Alterações na pressão sanguínea ()			
5	Hipertensão										Relato verbal de dor ()			
6	Integridade da pele prejudicada										Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()			
7	Mobilidade Física prejudicada										Taquicardia ()			
8	Padrão respiratório ineficaz										Aumento da taxa metabólica ()			
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico										Extremos de idade ()			
10	Risco de infecção										Hipotermia ()			
11	Risco de queda										Ansiedade ()			
12	Padrão de sono prejudicado										Prejuízo neuromuscular ()			
13	Outro										Ansiedade ()			
14	Outro										Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()			

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar distensão abdominal.			☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			☐ Melhora a aceitação alimentar.
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.			
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.		SAU	
☒ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.			
☒ Avaliar alterações de sinais vitais.		6/6 horas	
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.			
☐ Observar reações de desorientação/confusão.			☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			☐ Melhora da integridade da pele.
☐ Analisar condições do curativo.			☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.			☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.			☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			☐ Diminuir o risco de infecção.
☐ Realizar balanço hídrico.			☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			
☐ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.			
☐ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			
☐ Manter as grades do leito elevadas.			
☐ Conter o paciente quando necessário.			
☒ Manter ambiente calmo e tranquilo.			
☐ Orientar repouso no leito.			☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Administrar medicação CPM.			
☐ Outros			☐ Outros
☐ Outros			☐ Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APLIZAMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

☐ Avaliar distensão abdominal.			
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante			☐ Obtenção da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			
☐ Alterar glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			☐ Melhora a aceitação alimentar.
☐ Atender para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.			☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.			
☐ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			
☒ Avaliar características, intensidade e local da dor.			☒ Controle da dor (melhorada / ausente).
☒ Avaliar alterações de sinais vitais.			
☒ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			
☐ Após administrar medicamentos analgésicos, avaliar e registrar os resultados.			☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.			☒ Melhora da integridade da pele.
☐ Observar reações de desorientação/confusão.			☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade do ACM.			☒ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☒ Analisar condições do curativo.			☐ Melhora da perfusão tissular
☒ Orientar e estruturar a hidratação da pele.			☐ Padrão respiratório eficaz.
☒ Orientar e estimular a movimentação no leito.			☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☒ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			
☐ Realizar balanço hídrico.			
☐ Observar o local da ferida/quemadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			☒ Diminuir o risco de infecção.
☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.			
☒ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Manter as grades do leito elevadas.			
☐ Conter o paciente quando necessário.			
☒ Manter ambiente calmo e tranquilo.			
☒ Orientar repouso no leito.			☐ Melhora do padrão do sono.
☒ Administrar medicação CPM.			
☒ Outros			☐ Outros
☐ Outros			

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):
Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulo Felipe Alves Registro: Leito: 8-3 Setor Atual: bed
Idade: 58 Sexo: M Cor: Estado Civil: Naturalidade: Profissão:
Procedência: () Vermelha () Amarela () Verde () UTI () CC () Ala: 22/10/16 Residência () Outro
Data da internação hospitalar: 22/10/16 Data da internação no setor: 22/10/16
Tem um cuidador/Responsável: () Quem?
Telefone: Tem acesso a uma UBS: () Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos: Alergias: () Qual:
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade () Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia
() Alcoolismo () Drogadição () Outros: Medicamentos em uso:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): hp náusea

4. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. 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: Alteração: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.
Obs:

OXIGENACÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O
() Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E: () Selo d'água
Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:
Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA	
() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: *	
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR	
Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.	
Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia: ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: ____/____/____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos; () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () 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: () 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:	
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
14h 14/10/16 de 08h a 14h de 08h a 14h de 08h a 14h	
do: 08h a 14h de 08h a 14h de 08h a 14h	
de 08h a 14h de 08h a 14h de 08h a 14h	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: ____/____/____ HORA: ____ h	

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
126.975.414-97

Nome
MARIA HELENA NUNES BARBOSA

Nascimento
14/07/2001

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

GRUPO SEGURADOR
BRMAPFRE

29 JUN 2017

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO

L-253

MARIA HELENA N. BARBOSA

14/07/2001

CARTÉIRA DE IDENTIDADE

126 975 414 - 97

para 16 anos

Documentos de identificação



CÓDIGO DE CONTROLE
FF53.FD80.201D.84CE

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 11:38:00 do dia 26/05/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.489.717

DATA DE EMISSÃO 07/12/2016

NOME MARIA HELENA NUNES BARBOSA

PLACAO FRANCISCO BARBOSA SOBRINHO
MARIA DAS GRAÇAS NUNES BARBOSA

NATURALIDADE
PICI-PI

DATA DE NASCIMENTO 14/07/2001

DOC. OBRIGATÓRIO
CERT. NASC. Nº 17.478 - LÍVIA-17 - FLS. 44-VS - CARTÓRIO BARBOSA

CNPJ 126.975.414-87

ASSINATURA

14/07/2016

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
MARTA DAS GRACAS NUNES BARBOSA

Mãe de Inscricao
036327784-69

Data de Nascimento
07/08/73



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

L-253





Marta das Gracas Nunes Barbosa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECEBIDO

29 JUN 2017

GRUPO SEGUADOR

MADEIRE

Gratias

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por qualquer outro meio que não o previsto na legislação vigente.

Marta das Gracas Nunes Barbosa

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emissão em: **17/08/98**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CERIAL
2.390.102 - 2ª VIA

DATA DE
EXPIRAÇÃO
07/12/2016

NOME
MARIA DAS GRACAS NUNES BARBOSA

PLACAO
SEVERINO MARTINS NUNES

MARIA DAS MERCEDES OLIVEIRA NUNES

NACIONALIDADE
BARRA DE SANTA ROSA-PB

DATA DE NASCIMENTO
07/08/1973

DOC. ORDEM
**CERT. CAS. Nº 238 - LIV. B-AUX-8 - FLS. 120-V - CARTÓRIO CUITÉ-
PB**

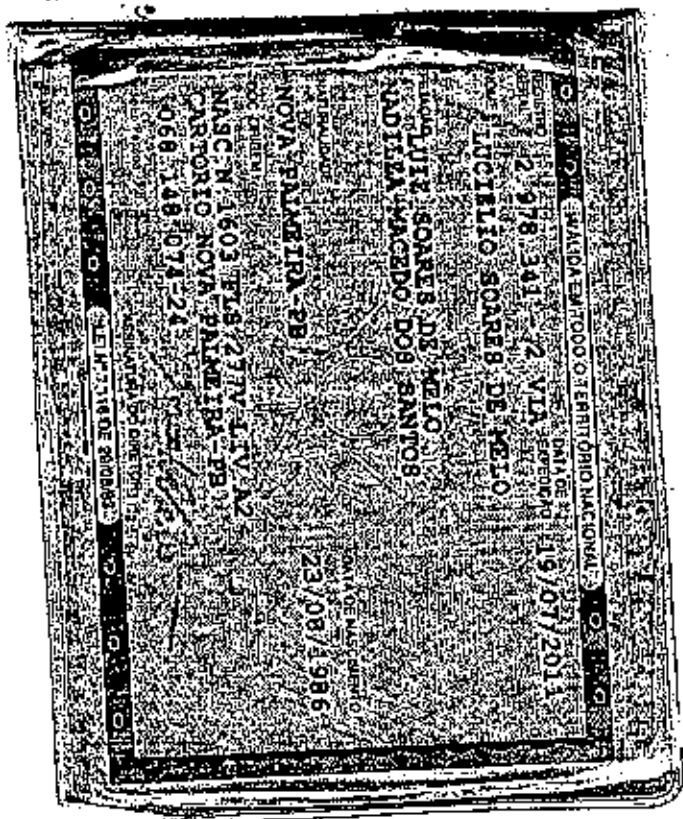
090.327.784-69

Marta das Gracas Nunes Barbosa

SECRETARIA DE RECEITA FEDERAL DO BRASIL

Documentos de identificação





Documentos de identificação



RECEBIDO

29 JUN 2017

GRUPO SEGUADOR
BRIMAFRE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
Nº 012824788277
CERTEFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
VA COD RENAVEN 2016 0102882072 00/00000000 2016

JOSE DA SILVA BRUCE

70331461404 QFT6757/PB

NOVO PB 9C2JB0100HR209597

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/POP 110I 2016 2017

2 P109 /CI PARTIC VERMELHA

IEVA PAGO EM 03/10/2016
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/LOTAS
PREMIO TARIFARIO (R\$) CF (R\$) 03/10/2016

A.F. ADM. DE CONC. NAC. HONDA LTDA
R. A. F. ADM. DE CONC. NAC. HONDA LTDA

BARRA DE SANTAR ROSA-PB
16497 06/10/2016 34584

GRUPO SEGURADOR
BRMAPERE

29 JUN 2017

PB Nº 012824788277 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 06/10/2016

PLACA 70331461404 QFT6757/PB

RENAVEN 01028820721 HONDA/POP 110I

ANO FAB 2016 9 9C2JB0100HR209597

PRÊMIO TARIFARIO
FAS (R\$) DEVALTRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) SEGURO PAGO
***** *****

DATA DE QUITAÇÃO 03/10/2016

SEGURADORA LIDER DPVAT
CNPJ 08.248.000/0000-00
JOACILDA LUX SILVA - TABELA DE
PREÇOS DE SEGURO DPVAT - PARAL

02 FEV. 2007

CERTIFICADO AUTENTICO, que esta foto
copia é a reprodução fiel do original
que me foi entregue pelo Detran PB.
TABELA DE PREÇOS
- LEI Nº 11.482 DE 2006
ESCREVENTE

Selo Digital: MEK26049-61W2
Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tpb.jus.br>

LUG

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA HELENA NUNES BARBOSA** Sinistro: **3170363404** Data: **21/10/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **ST MILHAN, S/N - ZONA RURAL - Barra de Santa Rosa - PB - CEP 58170-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssds /PB**] **4489717**

Data local do exame: [**18/07/2017**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura de fêmur distal esquerdo. Cicatriz em face lateral de coxa esquerda de cerca de 15cm bem cicatrizada, arco de movimento em joelho esquerdo anatômico. Discreta atrofia muscular (diâmetro direito :39cm/ esquerdo:35cm). Comprimento simétrico(40cm bilateralmente).

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Atropelamento por moto no dia 21/10/2016, socorrida para Hospital de Trauma de Campina Grande por Samu. Submetida a osteossíntese no dia 27/10/2016. Alta hospitalar no dia 29/10/2016. Acompanhada em ambulatório, recebeu alta no dia 21/06/2017.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Rodrigo Porto Amorim Guedes - CRM: 6321 - PB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170363404 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA HELENA NUNES BARBOSA **Data do acidente:** 21/10/2016 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de fêmur distal esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz em face lateral de coxa esquerda de cerca de 15cm bem cicatrizada, arco de movimento em joelho esquerdo anatômico. Discreta atrofia muscular(diâmetro direito :39cm/ esquerdo:35cm). Comprimento simétrico(40cm bilateralmente).

Resultados terapêuticos: Atropelamento por moto no dia 21/10/2016, socorrida para Hospital de Trauma de Campina Grande por Samu. Submetida a osteossíntese no dia 27/10/2016. Alta hospitalar no dia 29/10/2016. Acompanhada em ambulatório, recebeu alta no dia 21/06/2017.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/07/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do joelho devido à hipotrofia muscular de 4 cm com repercussão funcional. Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Rodrigo Porto Amorim Guedes

CRM do médico: 6321

UF do CRM do médico: PB

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

Outros



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidiz. Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente EDVONALDO DOS SANTOS SILVA		Nome da Vítima MARIA HELENA NUNES BARBOSA	CPF da Vítima 12697541497
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Inválidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações Declaração de ausência de laudo do IML 0249712/17	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

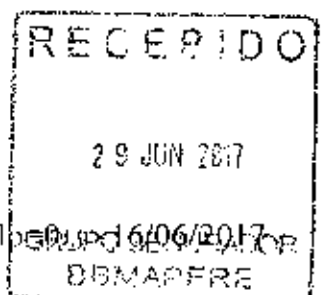


0121671

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170363404 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA HELENA NUNES BARBOSA **Data do acidente:** 21/10/2016 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de fêmur direito submetido a tratamento cirúrgico de fixação

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

