





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número da Inscrição

020.748.083-00

Nome

ISABEL NE TA GUEDES LOPES

Nascimento

04/09/1984



Avulso

11221 95/04

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão
Maio/2004

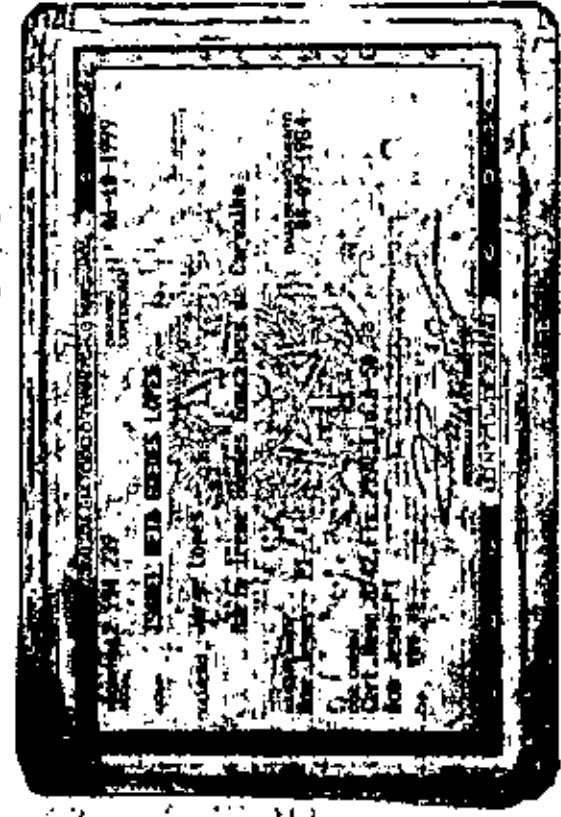
 **CORREIOS**
www.correios.com.br

ASL-04-4736-113
-Miguelo Silva
02/02/2019 09:25:32



05/12

ASL-04-4736-113
-Miguelo Silva
02/02/2019 09:25:32



05/12

ASL-04-4736-113
-Miguelo Silva
02/02/2019 09:25:32

ASL-04-4736-113
-Miguelo Silva
02/02/2019 09:25:32



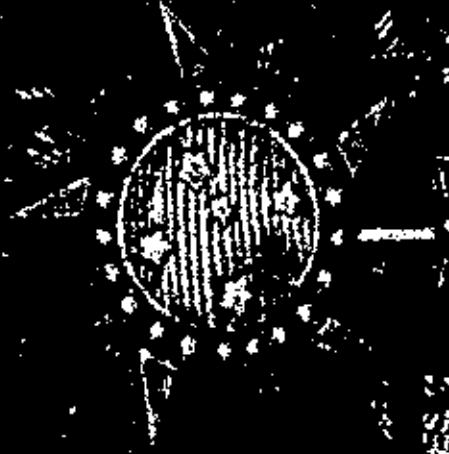
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

020.749.091-16

ISABELLE ALMEIDA LOPES

DA/09/1384



Handwritten notes:
CPF 020.749.091-16
ISABELLE ALMEIDA LOPES
DA/09/1384
Data de validade: 09/09/2014
Data de emissão: 09/09/2014

Maio/2004

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

COBREX
www.cobrex.com.br

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
10ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE OEIRAS
FONE (89) 3462-1313



Certidão de Inexistência de I.M.L.

CERTIFICO a requerimento de parte interessada, senhor(a) **ISABEL NETA GUEDES LOPES** - R.G nº 2.194.239 SSP-PI e C.P.F nº 020.749.083-00, que na cidade de OEIRAS-PI e região, não existe IML (Instituto de Medicina Legal), acrescentando **que o único do Estado do PIAUÍ está localizado em Teresina-PI**, distante 330 km.

Era o que tinha a certificar. Eu, Ivan Monteiro de Carvalho, escrivão AD-HOC que o digitei.

Oeiras-PI, 13 de Agosto de 2018.

Ivan Monteiro de Carvalho

Bel. IVAN MONTEIRO DE CARVALHO

Agente de Polícia - Mat. 108410-X

Escrivão AD-HOC

**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.

Número do Sinistro: **3190464318**

Nome do(a) Examinado(a): **ISABEL NETA GUEDES LOPES**

Endereço do(a) Examinado(a):

PRACA SANTANA, 135 - CENTRO - Santa Cruz do Piauí - PI - CEP 64545-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /DF**] **2194239**

Data e local do acidente: [**03/03/2018**] **Santa Cruz do Piauí**

Data e local do exame: [**20/08/2019**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta de calcâneo esquerdo

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Paciente apresenta déficits de movimentos em tornozelo esquerdo. Extensa perda de substância em região de calcâneo esquerdo. Membro inferior esquerdo menor que o direito em cerca de 2,5cm. Deambula com auxílio de ortese.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetida a tratamento cirúrgico. Realizou fisioterapia. Refere alta médica.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Déficits de flexão dorsal (realiza 0-10), flexão plantar (realiza 0-10), abdução (realiza 0-10) e adução (realiza 0-10) de tornozelo esquerdo. Dor à mobilização e déficit de força grau 4. Edema (2+/3+). Extensa perda de substância em região de calcâneo esquerdo. Membro inferior esquerdo menor que o direito em cerca de 2,5cm.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

% 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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI

VALE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.777.511 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/07/96

NOME SEBASTIÃO JOÃO DE AZEVEDO

RELACÃO João Luis de Azevedo
Josefa Antônia da Conceição

NATURALIDADE Santa Cruz do Piauí DATA DE NASCIMENTO 03/03/80

QUOTAS 10.425 f.v. 09 fls. 418 exp. Sta. Cruz do Piauí 12/12/83

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Sebastião João de Azevedo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIFICAÇÃO

Nascimento 03/03/1980

Nome SEBASTIÃO JOÃO DE AZEVEDO

989.407.833-87

Numero de inscrição

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

CPF

Receita Federal

MINISTÉRIO DA FAZENDA



BRASIL

UF 22/2009

Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266584/19

Vítima: ISABEL NETA GUEDES LOPES

CPF: 020.749.083-00

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 03/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISABEL NETA GUEDES
LOPES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



ISABEL NETA GUEDES LOPES : 020.749.083-00

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/08/2019
Nome: ISABEL NETA GUEDES LOPES
CPF: 020.749.083-00

ISABEL NETA GUEDES LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo

3180582340

- () Aguardando status e/ou Erro sistêmico
- (X) Solicitação 07
- () Solicitação 06
- () Caixa Redistribuição
- () Atraso por consulta ao site da Receita Federal
- () Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
11/07/19	

17/07/19 - Recebido.

Nome: Paulo Sant'Ana



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

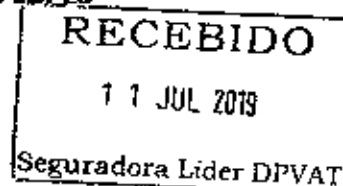
Seguro DPVAT: 3180582340

Vítima: ISABEL NETA GUEDES LOPES

Data do Acidente: 03/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO



Senhor(a), ISABEL NETA GUEDES LOPES

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

SEGURO DPVAT

Nome completo da vítima: Isabel Neta Guedes Lopes

Nome completo do segurado: Isabel Neta Guedes Lopes

Endereço completo, incluindo CEP: Praca Santana n° 135A
CEP. 64545.000

Telefone de contato: (89) 988035326

E-mail de contato: _____

Número do CPF da vítima ou Número do Processo: 3180582340
CPF 020 749 083.00

Documentos complementares que estão sendo enviados:

- 1 - Documento solicitado para comprovar o
- 2 - acidente e tratamento Hospitalar.

3 - _____

4 - _____

5 - _____

6 - _____

7 - _____

8 - _____

9 - _____

10 - _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190464318 **Cidade:** Santa Cruz do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISABEL NETA GUEDES LOPES **Data do acidente:** 03/03/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de calcâneo esquerdo

Descrição do exame físico: Deambula com auxílio de órtese. Déficits de flexão dorsal (realiza 0-10), flexão plantar (realiza 0-10), abdução (realiza 0-10) e adução (realiza 0-10) de tornozelo esquerdo. Dor à mobilização e déficit de força grau 4. Edema (2+/3+). Extensa perda de substância em região de calcâneo esquerdo. Membro inferior esquerdo menor que o direito em cerca de 2,5cm.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento cirúrgico. Realizou fisioterapia. Refere alta médica.

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

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/08/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do pé E devido a repercussão funcional (edema crônico, extensa perda de substância na região do calcâneo, limitação da mobilidade do tornozelo esquerdo).
Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190464318 **Cidade:** Santa Cruz do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISABEL NETA GUEDES LOPES **Data do acidente:** 03/03/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de calcâneo esquerdo

Descrição do exame físico: Deambula com auxílio de órtese. Déficits de flexão dorsal (realiza 0-10), flexão plantar (realiza 0-10), abdução (realiza 0-10) e adução (realiza 0-10) de tornozelo esquerdo. Dor à mobilização e déficit de força grau 4. Edema (2+/3+). Extensa perda de substância em região de calcâneo esquerdo. Membro inferior esquerdo menor que o direito em cerca de 2,5cm.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento cirúrgico. Realizou fisioterapia. Refere alta médica.

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

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/08/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do pé E devido a repercussão funcional (edema crônico, extensa perda de substância na região do calcâneo, limitação da mobilidade do tornozelo esquerdo).
Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190464318 **Cidade:** Santa Cruz do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISABEL NETA GUEDES LOPES **Data do acidente:** 03/03/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE CALCÂNEO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. PG 3
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: % SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266584/19

Vítima: ISABEL NETA GUEDES LOPES

CPF: 020.749.083-00

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 03/03/2018

Titular do CPF: ISABEL NETA GUEDES LOPES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ISABEL NETA GUEDES LOPES : 020.749.083-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/08/2019
Nome: ISABEL NETA GUEDES LOPES
CPF: 020.749.083-00

ISABEL NETA GUEDES LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447361/18

Vítima: ISABEL NETA GUEDES LOPES

CPF: 020.749.083-00

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 03/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISABEL NETA GUEDES LOPES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

ISABEL NETA GUEDES LOPES : 020.749.083-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464318

Vítima: ISABEL NETA GUEDES LOPES

Data do Acidente: 03/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISABEL NETA GUEDES LOPES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464318

Vítima: ISABEL NETA GUEDES LOPES

Data do Acidente: 03/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ISABEL NETA GUEDES LOPES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464318

Vítima: ISABEL NETA GUEDES LOPES

Data do Acidente: 03/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISABEL NETA GUEDES LOPES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%	
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$ 3.375,00

Recebedor: ISABEL NETA GUEDES LOPES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000000937-7

Conta: 0000054321-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DADS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 020.749.083-00 Nome completo da vítima: ISABEL META GUEDES LOPES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: ISABEL META GUEDES LOPES CPF: 020.749.083-00

Profissão: LAVILADORA Endereço: PRAÇA SANTANA, 135 Número: _____ Complemento: _____

Bairro: CENTRO Cidade: SANTA CRUZ DO RIO ALTO Estado: PE CEP: 64.545-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 189 98803-5326

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

RENTA MENSAL:

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0937 7 CONTA: 0054321 7

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vitima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vitima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vitima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: Santa Cruz do Rio Preto, 27/11/2018

Nome: Isabel Meta Guedes Lopes

CPF: 020.749.083-00

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Bradesco

Use já seu **CARTÃO DE DÉBITO** para fazer compras

Desbloqueie seu cartão em qualquer máquina de Autoatendimento Bradesco.

Basta digitar a **senha de 6 dígitos** para fazer suas compras.

É prático e você não paga tarifa.

0642-4025.MD1

6504 9497 3948 8100

VALID THRU

08/23

ISABEL NETA GUEDES LOPES

elo

Emitido pelo Banco Bradesco S.A. em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente.

AGÊNCIA

CONTA

0937 7

0054321 7

689

AUTHORIZED SIGNATURE

Fone Fácil Bradesco 4002-0022 / 0800 570-0022

Acesso ao Exterior +55 (11) 4002-0022

SAC: 0800 704-8383 (Débito) / 0800 727-9988 (Crédito)

Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722-0099

Ouvidoria: 0800 727-9933

banco.bradesco

NO EXTERIOR

Banco24Horas

ATM

pulse



000001 194335841 - 05/18



VAT

Localidade(s) (tipos) de cobertura: ☒ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1º do sinistro ou ASL: 020.749.083-00 Nome completo da vítima: ISABEL NETA GUEDES LOPES
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO): CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

Nome completo: ISABEL NETA GUEDES LOPES CPF: 020.749.083-00
Profissão: LAVADORA Endereço: SANTANA, 135
Bairro: CENTRO Cidade: SANTO CRUZ DO PIABO UF: PI CEP: 84.545-000
F. mail: 88958803-5326

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Nubank (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Banco ou banco):
Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 0037 7 CONTA: 0034321 7
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a LIDERAR na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização recebível do Seguro DPVAT e que eu por direito, reconhecendo o crédito, desde já e sem prejuízo a efetivação do crédito, outorgo total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou integro e não apresento o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento do direito ao Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o reconhecimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, reconhecendo, desde já, em me submetto à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões, por peritos independentes de acidente de trânsito, conforme Lei 1.947/74, art. 3º, §1º, determinando que esta autorização não signifique prévia submissão a perícia ou avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 27/11/2018
Grau de parentesco com a vítima: Viúva (informar o nome completo): Isabel Neta Guedes Lopes
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 2 Vítima deixou patrimônio (bens móveis)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovar esta condição, estendo crédito a todos, de quem qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da irresponsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Santa Cruz do Piauí, 27/11/2018
Nome: Isabel Neta Guedes Lopes
CPF: 020.749.083-00
Assinatura de quem assina A RGO: Isabel Neta Guedes Lopes
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Isabel Neta Guedes Lopes
Assinatura do Representante Legal (se houver): Isabel Neta Guedes Lopes
Assinatura do Procurador (se houver): Isabel Neta Guedes Lopes

TESTEMUNHAS
1ª Nome: Isabel Neta Guedes Lopes
CPF: 020.749.083-00
Assinatura: Isabel Neta Guedes Lopes
2ª Nome: Isabel Neta Guedes Lopes
CPF: 020.749.083-00
Assinatura: Isabel Neta Guedes Lopes

(*) A vítima/beneficiário não é obrigado a escolher outra pessoa autorizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé (côpia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura) NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

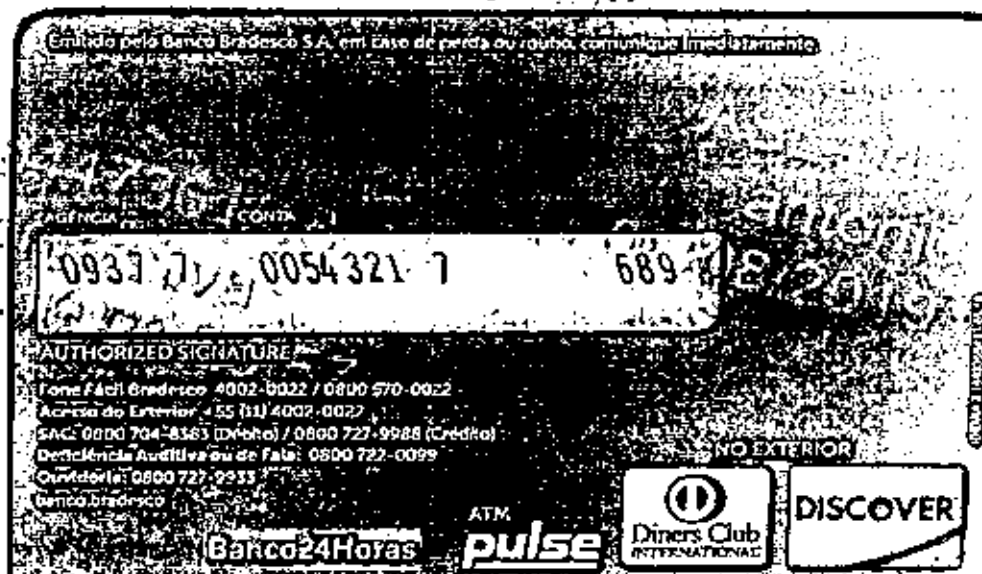


05/08/2019 09:25:57
Antonio Silva

05/08/2019 09:25:57
Antonio Silva

05/08/2019 09:25:57
Antonio Silva

05/08/2019 09:25:57
Antonio Silva





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

RECEBIDO

04 DEZ 2018

Seguradora Líder DPVAT

550 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 211764.000044/2018-40

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Ivan Monteiro De Carvalho

Data/Hora: 13/08/2018 - 13:25

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Endereço

ESTRADA CARROÇÁVEL DA LOCALIDADE GENIPAPIM, Nº:

Complemento

ZONA RURAL DE SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Data/Hora

03/03/2018 - 17:40

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ISABEL NETA GUEDES LOPES

RG: 2.194.239

Mãe: MARIA IRENE GUEDES GONÇALVES DE CARVALHO

Pai: JORGE LOPES

Endereço: LOCALIDADE GENIPAPIM, Nº

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: VITIMA

Nome: CÍCERO JOSÉ DE LIMA

RG: 1.326.865 S PI

Mãe: INÁCIA JOVINA DE LIMA

Pai: SEVERO JOSÉ DE LIMA

Endereço: LOCALIDADE GENIPAPIM, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. BROS150

2011 NIQ6348

9C2KD0550BR512920

269546219

Preta

Condutor: O NOTICIANTE/CÍCERO JOSÉ DE LIMA

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro:

Proprietário: SEBASTIÃO JOÃO DE AZEVEDO

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

DECLARA o noticiante que no dia 03/03/2018, por volta das 17:40 horas, trafegava por uma estrada de chão (carroçável) da Localidade GENIPAPIM, conduzindo a motocicleta de PLACA: NIQ-6348/SANTA CRUZ DO PIAUÍ (caracterizada acima), levando na garupa a sua esposa ISABEL NETA GUEDES LOPES; QUE o noticiante diz que retornava da casa da senhora ALDENORA, situada na citada localidade e seguia para a sua residência, na mesma localidade; QUE de repente um cachorro avançou correndo em direção à motocicleta do noticiante; QUE o noticiante diz que ainda tentou evitar o choque contra o animal, mas não conseguiu e acabou colidindo o pneu dianteiro da motocicleta contra o cachorro; QUE em virtude da colisão o noticiante perdeu o controle da motocicleta e caiu ao chão, juntamente com a sua esposa; QUE em consequência da queda o noticiante nada sofreu, no entanto, a sua esposa ISABEL sofreu FRATURAS no DEDÃO e no CALCANHAR do PÉ ESQUERDO; QUE após o acidente a sua esposa foi socorrida pelo senhor RAIMUNDO (residente na localidade GENIPAPIM) e levada em um veículo CHEVROLET/D.20, COR BRANCA, para o Hospital de Santa Cruz do Piauí; QUE de Santa Cruz do Piauí a sua esposa ISABEL foi transferida em uma AMBULÂNCIA da cidade para o Hospital Regional Justino Luz, em Picos-PI.

Illegible handwritten signature

< Cícero José de Lima



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

550 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 211764.000044/2018-40

Ivan Monteiro De Carvalho

Ivan Monteiro De Carvalho - Mat. 108410X
AGENTE DE POLÍCIA

Cícero José de Lima

CÍCERO JOSÉ DE LIMA - Noticiante
Responsável pela informação

Delegado de Polícia



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

RECEBIDO

04 DEZ 2018

010710

Seguradora Lider DPVAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 211764.000044/2018-40

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Ivan Monteiro De Carvalho

Data/Hora: 13/08/2018 13:25

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE SANTA CRUZ DO PIAUÍ

03/03/2018 - 17:40

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Endereço

ESTRADA CARROÇAVEL DA LOCALIDADE GENIPAPIM, Nº

Complemento

ZONA RURAL DE SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ISABEL NETA GUEDES LOPES

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 2.194.239

Mãe: MARIA IRENE GUEDES GONÇALVES DE CARVALHO

Pai: JORGE LOPES

Endereço: LOCALIDADE GENIPAPIM, Nº

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Nome: CÍCERO JOSÉ DE LIMA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 1.325.865-5 PI

Mãe: INÁCIA JOVINA DE LIMA

Pai: SEVERO JOSÉ DE LIMA

Endereço: LOCALIDADE GENIPAPIM, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Boletim de ocorrência



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA BROS150

2011 NIO6348

9C2KD0550BR512920

269545219

Preta

Condutor: O NOTICIANTE/CÍCERO JOSÉ DE LIMA

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro:

Proprietário: SEBASTIÃO JOÃO DE AZEVEDO

Cidade: OEIRAS UF: Bairro

RELATO DA OCORRÊNCIA

DECLARA o noticiante, que, no dia 03/03/2018, por volta das 17:40 horas, trafegava por uma estrada de chão (carroçável) da Localidade GENIPAPIM, conduzindo a motocicleta de PLACA: NIO-6348/SANTA CRUZ DO PIAUÍ (caracterizada acima), levando na garupa, a sua esposa ISABEL NETA GUEDES LOPES; QUE o noticiante diz que retornava da casa da genitora ALDENORA, situada na cidade localidade e seguia para a sua residência, na mesma localidade; QUE de repente um cachorro avançou correndo em direção à motocicleta do noticiante; QUE o noticiante diz que ainda tentou evitar o choque contra o animal mas não conseguiu e acabou colidindo o pneu dianteiro da motocicleta contra o cachorro; QUE em virtude da colisão o noticiante perdeu o controle da motocicleta e caiu ao chão, juntamente com a sua esposa; QUE em consequência da queda o noticiante nada sofreu, no entanto, a sua esposa ISABEL, sofreu FRATURAS no DEDÃO e no CALCANHAR do PÉ ESQUERDO QUE após o acidente a sua esposa foi socorrida pelo senhor RAIMUNDO (residente na localidade GENIPAPIM) e levada em um veículo CHEVROLET/D 20, COR BRANCA, para o Hospital de Santa Cruz do Piauí; QUE de Santa Cruz do Piauí a sua esposa ISABEL foi transferida em uma AMBULÂNCIA da cidade para o Hospital Regional Justino Luz, em Picos-PI

Ilueapoth

< CÍCERO JOSÉ DE LIMA



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 211764.000044/2018-40

Ivan Monteiro Da Carvalho - Mat. 108410X

AGENTE DE POLÍCIA

CICERO JOSE DE LIMA - Noticiante

Responsável pela informação

ASL-0447061/18
Antonio Silva
07/08/2018 09:20:28

ASL-0447061/18
Antonio Silva
07/08/2018 09:20:28

ASL-0447061/18
Antonio Silva
07/08/2018 09:20:28

ASL-0447061/18
Antonio Silva
07/08/2018 09:20:28

**HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ**

PLAÇA ANTONOR NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0508687

Registro: 386135

Data: 03/03/2018

Hora: 21:29:00

Funcionario: AMPARO

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

Senha 134**SUS****ISABEL NETA GUEDES LOPES**

CPF: - RG: - SUS: 704803050680342

Nasc.: 04/09/1984 Idade: 33 ANOS, 5 MESES, 29 DIAS Profissão: LAVRADOR

Civil:

CEP: 64545-000

End.: JENIPAPINHO, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SANTA CRUZ DO PIAUI/PI

Cor: PARDA

Telefone: (89) 9880-35326

Mãe: MARIA IRENE GUEDES GONCALVES DE

Pai: JORGE LOPES

Clínica: CLINICA GERAL

Demanda: TRANSPORTE PRÓPRIO

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico: Paciente vítima de acidente
motorista por volta de 18h e
1º atendimento em hospital de base. sem perdidos

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares: de fratura exposta em volar me E.

Comprovação de ato declaratório

Diagnóstico provável:**Prescrição Médica:**

(1) Rax x de p e (2) Ao ortopedista

Rx p e perfil

Dr. (Atend.)

Dr. Flávio Hermanto
Ortopedia, Traumatologia
Clínica de Mão e Microcirurgia
CRM 10011/2004

Sandra Maria S. Rocha
Tecnólogo em Radiologia Médica
CRM 06540 N
2ª RG Piauí/PI

Hospital Regional Justino Luz
COPIADA COM O ORIGINAL

Data: 03/03/18

Anotações da Classificação de Risco

[Assinatura]
Funcionário

Hora: 21:31:03

Prioridade:☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente**Queixa/História:** PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM FRATURA ESPOSTA EM MIE**Alergias:** NEGA**Medicação Usual:** COM OPCT

PA: 130/70 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT O2: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: NDN**Conduta:** AO CLINICO

ADILMA DE SOUSA FERREIRA
ENFERMEIRA
COREN PI 187475

355436 - ADILMA DE SOUSA FERREIRA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência **Destino:**

Cicero Jose de Lima

ISABEL NETA GUEDES LOPES
Paciente ou Responsável

6632 - MARCELA NOGUEIRA MENDES
Médico Responsável



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISABEL NETA GUEDES LOPES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00937-7

CONTA: 000000054321-7

Nr. Autenticação

BRDESCO2608201905000000000023700937000000054321337500 PAGO

COMUNICA ENERGÉTICA DO PAÍS
R. Marquês, 779 - Centro/Cui - Breda - RJ
CNPJ 06.842.748/0001-80 | Tel: (201) 253-0100
Nossa Filial: Caixa de Engenharia - Torre B, 1
Rua de Invenção do Engenheiro, 100 - 04032-000 - SP

Nº de Nota Fiscal: 011912669

A. Toffa, *Scienze della Energia Nucleare* - F107, *Per corredo
cette, vai a n° 111 429 del 25-06-2001*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (M³)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	11/10/2018	765	768,52

R.O.DAO CUSTODIO DE MOURA
PC SANTANA 135-A S/C B-URBANO
CNPJ: 0000000000000000 IE: 14423893
CEP: 64.545-000 - SANTA CRUZ DO PIAUI

DADOS DA LITTEIRA		DADOS DA LITTEIRA	
Modelo:	9841	Atual:	04/10/2018
Anterior:	9076	Anterior:	04/09/2018
Consumo de Multiplicação:	1,000	Próxima Litteira:	06/11/2018
Consumo Medida:	765	Previsão:	03/10/2018
Consumo Realizado:	765	Agendamento:	04/10/2018
	FCAH		30

NORMAL		BARRAS DE UNIDADES COMBINADAS		Código Fed.		Página 12 de 12	
Código Sub-Setor	Unidade	Número Modificador	Ponto				
COMERCIAL	MONO	A1486756		3.1.3.1		361	

PERÍODO	CONSUMO	VALOR
SET/18	489	685,34
AGO/18	342	83,18
JUL/18	336	
JUN/18	355	
MAY/18	363	
ABR/18	315	
MAR/18	319	
FEV/18	303	
JAN/18	429	
DEZ/17	396	

TRIPWIRE 580 TRIBUTOS:
Q A 765 - 0.604090

DEBILIDADES IMPORTANTES / WEAVING DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$
04/2014	44,20

Informamos a Vossa Exa. que os valores recebidos no valor de R\$ 44.200,00 (quarenta e quatro mil e 200 reais) em esta data. Caso o Sr. Almirante esteja em desacordo com o valor de recebimento de R\$ 44.200,00 (quarenta e quatro mil e 200 reais) por favor, favor informar o valor correto para a distribuição final com o Sr. Comandante de pagamento.

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO D7E3.6314.4825.4955.FA3C.E2F3.528B.17C6

COMPOSIÇÃO DA CONTRA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
	462,14		685,34
Orcamento:	0,00	Base de Calculo:	27,00%
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	185,04
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	6,78
Energia:	0,00	Valor do PIS:	31,38
Tributos:	223,20	Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Município	2010		2011		2012		2013
	Índice	Nota	Índice	Nota	Índice	Nota	
BURITI GRANDE	6,87	13,74	27,48	3,86	7,73	15,45	3,97
	0,00			0,00			0,00

BURITI GRANDE 08/2018 99,75

BURITI GRANDE	08/2018	99,75
---------------	---------	-------



COMPROVA ENERGÉTICA DO PAV
Av. Marechal 739 - Centro-Sul - São Paulo - SP
CNPJ 06.940.348/0001-80 | Tel. São Paulo 3333-0

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0583271-3	768,52
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
10/2018	11/10/2018

011912669 FCAH

83670000007 5 68520017000 7 00000000583 5 27131018008 5



SEQ.: 00162 UC: 0583271-3 DT.LEIT.: 04/10/2018 T.ENTR.: 01
LEITURA: 9841 NORMAL TOTAL: 768,52 CARGA: 002
DT.VENC.: 11/10/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 0112

Comprovante de residência



0583271-3

Eletrobras
Energia de São Paulo

CONSUMO MENSAL DO MÊS
11/10/2018
765
768,52

62-04738-19
Antônio
03/03/2019

RO. DAO CUSTÓDIO DE, POUCA
DE SANTANA 135-A S/O D-URBANO
CEP: 64.345-000 - SANTA CRUZ DO PIQUI
CEP: 64.345-000 - SANTA CRUZ DO PIQUI

Consumo Mensal	765	FCM
Consumo Anterior	765	FCM

Consumo Mensal	765	FCM
Consumo Anterior	765	FCM

CONSUMO MENSAL DO MÊS
11/10/2018
765
768,52

62-04738-19
Antônio
03/03/2019

62-04738-19
Antônio
03/03/2019

DEBITOS JA REAVISADOS
VALOR R\$ 44,20
CONTR: ILUMINAÇÃO PAB. (COSIP)
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 18,24

LIQUE 0809 040 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5.10 15 20 25

Consumo	0,00	27,00%
Valor	0,00	185,04
Valor	0,00	6,78
Valor	223,20	31,38

Consumo	0,00	27,00%
Valor	0,00	185,04
Valor	0,00	6,78
Valor	223,20	31,38

Consumo	0,00	27,00%
Valor	0,00	185,04
Valor	0,00	6,78
Valor	223,20	31,38

Consumo	0,00	27,00%
Valor	0,00	185,04
Valor	0,00	6,78
Valor	223,20	31,38

Consumo	0,00	27,00%
Valor	0,00	185,04
Valor	0,00	6,78
Valor	223,20	31,38

Consumo	0,00	27,00%
Valor	0,00	185,04
Valor	0,00	6,78
Valor	223,20	31,38

Consumo	0,00	27,00%
Valor	0,00	185,04
Valor	0,00	6,78
Valor	223,20	31,38

Consumo	0,00	27,00%
Valor	0,00	185,04
Valor	0,00	6,78
Valor	223,20	31,38

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SEBASTIÃO JOÃO DE AZEVEDO,

RG nº 1777511, data de expedição 20/07/96,

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 984.407.833-87, com domicílio na cidade de Santa Cruz do Piauí, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Joaquim Nabuco, 254, Centro, nº 254,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Trabeteu Maria Gomes 2003, cujo o condutor era Cícero José de Lima.

Veículo: MOTOCICLO

Modelo: HONDA/MXR150 BROS ES

Ano: 2010/2011

Placa: MA-6348

Chassi: 6C2KD0550 BRS12920

Data do Acidente: 03/03/2018

Local e Data: Santa Cruz do Piauí, 06/08/2018

Sebastião João de Azevedo
Assinatura do Declarante

Cícero José de Lima

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

Cartório do 1º Ofício de Notas, Registro de Imóveis e Registro Civil das Pessoas Naturais da Comarca de Santa Cruz do Piauí - PI
Praça Clementino Martins - nº167 - Centro - CEP:64.545-000
e-mail: cartoriosantacruzdo Piaui@hotmail.com

Edgar Nunes Martins Tabelião
RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE: SEBASTIÃO JOÃO DE AZEVEDO e CÍCERO JOSÉ DE LIMA, DOU FE. EM TEST. em 06/08/2018, Empl.: 142 10.1.1.48 Selo nº 19, 42 Selo nº 22930 ABE, 22931 (F40F11)

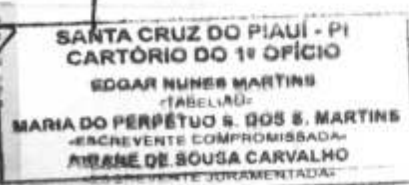
Edgar Nunes Martins Tabelião



CARTÓRIO 1º OFÍCIO
COMARCA STA. CRUZ-PI
Edgar N. Martins
Tabelião



CARTÓRIO 1º OFÍCIO
COMARCA STA. CRUZ-PI
Edgar N. Martins
Tabelião





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SEBASTIÃO JOÃO DE AZEVEDORG nº 1777811, data de expedição 20/07/96Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 888.407.833-87, com domicílio na cidade de Santa Cruz do Piauí, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Rua Joaquim Nabuco, 259, Centro, nº 259complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima André Luis Lima, cujo o condutor era Ueno José de Lima.Veículo: MOTOCICLOModelo: HONDA/PR150 BROSAno: 20/02/01Placa: nº 6348Chassi: 8C2KDO550 BRS12900Data do Acidente: 03/03/2018Local e Data: Santa Cruz do Piauí, 06/08/2018Assinatura do Declarante Sebastião João de AzevedoAssinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) Cícero José de Lima

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

Cartório do 1º Ofício de Notas, Registro de Imóveis e Registro Civil das Pessoas Naturais da Comarca de Santa Cruz do Piauí - PI
 Praça Clementino Martins nº 147 - Centro - CEP 04.545-000
 e-mail: cartorio@cartoriopiaui.com.br

Recebi em nome do Sr. SEBASTIÃO JOÃO DE AZEVEDO, portador do RG nº 1777811, CPF nº 888.407.833-87, a declaração de propriedade do veículo Honda/PR150 Bros, ano 2001, placa nº 6348, chassi nº 8C2KDO550 BRS12900, data do acidente 03/03/2018, local e data Santa Cruz do Piauí, 06/08/2018.

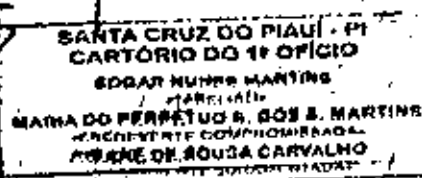
Edgar N. Martins - Tabelião



CARTÓRIO 4º OFÍCIO
 COMARCA STA. CRUZ-PI
 Edgar N. Martins
 -Tabelião



CARTÓRIO 1º OFÍCIO
 COMARCA STA. CRUZ-PI
 Edgar N. Martins
 -Tabelião



SANTA CRUZ DO PIAUÍ - PI
 CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
 EDGAR NUNES MARTINS
 -Tabelião
 MATHEO PERPETUO S. DOS S. MARTINS
 -RECEBENTE COMPROMISSADA
 MARCELO DE SOUZA CARVALHO



UMS
JANDIRA NUNES MARTINS
"Melhorar sua vida, nosso compromisso."

FICHA DE ATENDIMENTO - ACOLHIMENTO

Registro: 20380

☐ 1ª consulta

☐ consulta subsequente

CNPJ: 17.690.867/0001-19

Rua Cônego Cardoso, Nº 350 - Centro
Santa Cruz do Piauí - PI

E-mail: ums.jandiranunes@hotmail.com

Alta:

☐ Melhor

☐ Evasão

Data: 03/03/18

☒ Transferência

☐ Óbito

Hora: 19:50

SUS

Dados do Paciente

Nome: Israel Neto Guedes Lopes Idade: 33
Profissão: Agricultor DN: 04/09/84 Sexo: ☐ M ☒ F
RG/CPF: 8 394 239 (2194239-7F) CNS: 704 8030 5068 0342
Estado Civil: ☐ casado ☐ solteiro ☐ união estável ☐ viúvo Tel.: (89) 988035326
End. Res.: Genipapim Cidade: Santa Cruz do Piauí
Bairro: Zona Rural Cep.: 64545 000 UF: PI
End. Local: _____ Cidade: _____
Bairro: _____ Cep.: _____ UF: _____
Pai: Serge Lopes Mãe: Maria Inês Guedes Gargal
Responsável: Maria das Dores de Lima RG/CPF: Jer de Carvalho
Parentesco do responsável: Cunhada Grau de Instrução: Fundamental Incompleto

Dados do Atendimento

Data: <u>03/03/18</u>	Hora: <u>19:40</u>	Condução:
Motivo da Procura: <u>Acidente de moto</u>		Convênio: <u>SUS</u>
Acid. Trab.: <u>N</u>	Caso Policial: <u>N</u>	Trauma: <u>N</u>
Maus Tratos: <u>N</u>	Notificar? <u>N</u>	

Dados da Classificação de Risco

Sinal/Sintoma: <u>Fratura exposta</u>	Evento Principal:
Breve História: <u>fratura exposta</u> <u>URTG</u>	Dra. Kamila M. Pacheco COORDENADORA DE ENF. Ass. Profissional no Acolhimento

☐ Vermelho - emergência ☒ Amarelo - urgência ☐ Verde - pouco urgente ☐ Azul - não urgente

Procedimentos: ☒ Consulta s/ observação ☐ Consulta c/ observação ☐ Internação Hospitalar
☒ Imobilização de fratura ☐ Posicionamento de Luxação ☐ Sutura
☒ Outros. Quais? Transferência p/ HRJL

Queixa Principal:

HD:

Exame Clínico/ Físico:

Medicação (somente para consulta sem observação): SSVV Peso: _____ Kg Tax _____ °C P _____ bpm R _____ irpm PA 130x70 mmHg GC: _____ mg/dL

Prescrição Médica	Horário	Anotação de Enfermagem
<u>Curativo p/</u> <u>Amelioração ortopédica</u>		<u>Confere com ori.</u> <u>Final</u> <u>Em 28/03/18</u>
		<u>Anísio Antônio de Carvalho</u> SAME
		<u>U. M. S. Jandira Nunes Martins</u> CPF 88888888-04

Maria das Dores de Lima
Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

**HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ**

PRACA ANTENOR NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 05.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0508687
Data: 03/03/2018
Funcionario: AMPARO

Registro: 386135
Hora: 21:29:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 134

SUS

ISABEL NETA GUEDES LOPES

CPF: - RG: - SUS: 704803050680342

Nasc.: 04/09/1984 Idade: 33 ANOS, 5 MESES, 29 DIAS Profissão: LAVRADOR Civil: CEP: 64545-000
End.: JENIPAPINHO, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: SANTA CRUZ DO PIAUI/PI
Cor: PARDA Telefone: (89) 9880-35326 Mãe: MARIA IRENE GUEDES GONCALVES DE Pai: JORGE LOPES

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: TRANSPORTE PRÓPRIO

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Paciente vítima de acidente
automobilístico por volta de 18h e
1º atendimento em hospital de base.

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

de fratura exposta de calcâneo

Diagnostico provavel:**Prescrição Médica:**

(1) Rax x de p e (Internal)

(2) Ao ortopedista

Rx p e perfil

Dr. Flávio Hermanto
Otorrinolaringologista
CRM 15098

Saionara Maria S. Rocha
Radiologia Médica
CRM 20540 N
224 RG M. PI 17

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 21:31:03

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM FRATURA ESPOSTA EM MIE

Alergias: NEGA

Medicação Usual: COM OPCT

PA: 130/70 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: NDN

Conduta: AO CLINICO

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino: _____

Hora:

ISABEL NETA GUEDES LOPES
Paciente ou Responsável

6632 - MARCELA NOGUEIRA MENDES
Médico Responsável



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 REGIONAL JUSTINO LUZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES
4009622

4 - CNES
4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ISABEL NETA GUEDES LOPES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
386135

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
704803050680342

8 - DATA DE NASCIMENTO
04/09/1984

9 - SEXO
Masc. ☐ 1 ☒ Fem. ☐ 2

03

10 - NOME DA MÃE
MARIA IRENE GUEDES GONCALVES DE CARVALHO

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9880-35326

12 - ENDEREÇO
JENIPAPINHO, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
SANTA CRUZ DO PIAUI

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
2209104

15 - UF
PI

16 - CEP
64545-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de peso correndo com fr. exposto de calcâneo E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Trat. cirúrgico

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

Rx + exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fr. calcâneo

21 - CID PRINCIPAL

S92D

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ampliação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04.08.05.05.35

26 - CLÍNICA

Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Aguda

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

017552.184.835

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Flávio HB Araújo

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/03/18

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

M220800001

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

Dr. Osvaldo

Médico Auditor SMS / P008

Cartão SUS 100.590.547.830.003

CPF: 011.541.413-49 CRM-P1 314

Assinatura paciente/Responsável

*Cicero Jose de Lima

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE <i>Isabel N. C. Lopes</i>	SEXO <i>F</i>	APT*	LEITO
PRONTUÁRIO	CONVENIO	DATA <i>03/03/18</i>	HORA

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Ex extra de estômago (E)

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA <i>03/03/18</i>	INICIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA <i>LMC</i>	CIRURGIA REALIZADA <i>ex extra</i>	
TIPO DE CIRURGIA REALIZADA: ☐ ELETIVA ☐ REINTERNAÇÃO		
☐ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☒ CONTAMINADA ☐ INFECTADA		

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA/ ACHADO CIRÚRGICO

1) Pericite do peritônio
2) Ampulla + antra sigmóide
3) Duodeno unido ao fígado por ligamento (E)
4) Imposição da face de posterior minimizada associada a fígado ligeiramente com 45º, em abundância
5) Sujeito de 45
6) Toda girada

INTERCORRÊNCIAS

ADN

ANTIBIOTERAPIA ☐ NÃO ☒ SIM	ANATOMIA PATOLÓGICA ☐ NÃO ☒ SIM
QUAIS?	Nº DE PEÇAS: LOCALIZAÇÃO:
MATERIAL ESPECIAL ☐ NÃO ☒ SIM ☐ SÍNTESE/TIPO	☐ ÓRTESE/TIPO

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO
ANESTESISTA	CREMEB	CREMEB
CIRURGIÃO <i>Dr. Flávio Henrique</i>	CREMEB	ASSINATURA
1º CIRURGIÃO AUXILIAR <i>Dr. Leonardo Lins</i>	CREMEB	ASSINATURA
2º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA

Hospital Regional Justino Luz
CONFERÊNCIA ORIGINAL
Data: *24/03/18*
Função: *Dr. Flávio Henrique*

Dr. Flávio Henrique
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM 4402 - RCO 1394

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PICOS-PI

PACIENTE: <i>Isabel Nive gomes neta</i>	ALA C	APTO C- 14	LEITO: 71
PESCRICÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMEAGEM	
DATA: 15/03/2018	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES
1. Dieta Livre	SND		
2. SF0,9% 1000ML IV 14GTS /MIN	SND		
3. Tenoxicam 40mg + AD IV 12/12h	SND		
4. Dipirona 1g + AD 6/6H	SND		
5. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA	SND		
6. tramadol 100mg + 100ml SF0,9% IV DE 8/8H S/N	S/N		
7. ONDANSETRONA 8MG IV DE 8/8H S/N	S/N		
8. SSVV+CCGG	S/N		
5. <i>Cephalosporins 1g + AD 8/8h, EV 8/8h</i>	S/N		
	S/N		
<i>Atto Médica</i>			

Dr. Eduardo de Sá Brindes
Ortopedista / Traumatologista
CRM 49301-TCOPI
Data: 15/03/2018

PICOS-PI

PACIENTE:	ALA C	APTO C-	LEITO:
PESCRICÃO MÉDICA			
DATA: 15/03/ 2018			
1. Dieta Livre			
2.GELCO HIDROLIZADO			
3. Tenoxicam 40mg + AD IV 12/12h S/N			
4. Dipirona 1g + AD 6/6H			
5.OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA			
6. tramadol100mg + 100ml SF0,9% IV DE 8/8H S/N			
7.ONDANSETRONA 8MG IV DE 8/8H S/N			
8. SSVV+CCGG			
9.cefatotina 1g IV DE 6/6H			
10. CURATIVO DIARIO			



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



Nome: Isabel Nete Guedes Lopes

Nome:

HD

Isabel N. G. Lopes
1x calceado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 04/03/18

1. DIETA Leve
2. SCALP HEPARINIZADO
3. CEFALOTINA 1G + AD EV 6/6h
4. GENTAMICINA 240MG + 200mL SF0,9% EV, 1X/DIA
5. DIPIRONA 1G + AD EV 6/6 h
6. TILATIL 20 MG EV 12/12 h
7. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 S/N
8. HEPARINA 5000UI, SC, 8/8h
9. ONDANSETRONA 8 MG EV 8/8 h (S/N)
11. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA
12. CURATIVO
13. OMEPRAZOL 40 MG VO ÀS 6H00
14. CAPTOPRIL 25MG, VO, SE PAS > 160mmHg OU PAD > 100mmHg

Dr. Flavio Hermanto
Oncologista e Hematologista
Grupo de Hematologia
Cidade - 2001/1994

ALA	Q14	APTO	71	LEITO	R. MET.
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			OBSERVAÇÕES		
SAD				08:45h	
Atenção					
12					
12					
12					
SIN					
SIN					
SIN					
SIN					
SIN					

Hospital Regional Jato
CONFERIR COM O ENFERMEIRO
Data: 04/03/18





HRJL
Hospital Regional Justino Luz



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos - PI

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

250491 Neiva Guedes Jorjiz

PRONTUÁRIO:

DA CLÍNICA:

À CLÍNICA:

XATO X RCE

LEITO:

C. 34

MOTIVO DA CONSULTA

DATA: 03/03/2018

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Exatidão no diagnóstico, com
desaparecimento de lesões

DATA: / /

ASS. MÉDICO CONSULTANTE



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos - PI

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

Fabell Neta Cavaleiro Lopes 04/03/18

CIRCULANTE Rita Balili + Cristiane SALA Nº 03

ENTRADA NA SO 08:10 INÍCIO DA ANESTESIA 08:30 INÍCIO DA CIRURGIA 09:30

SAÍDA DA SO 10:00 TÉRMINO DA ANESTESIA 10:00 TÉRMINO DA CIRURGIA 10:00

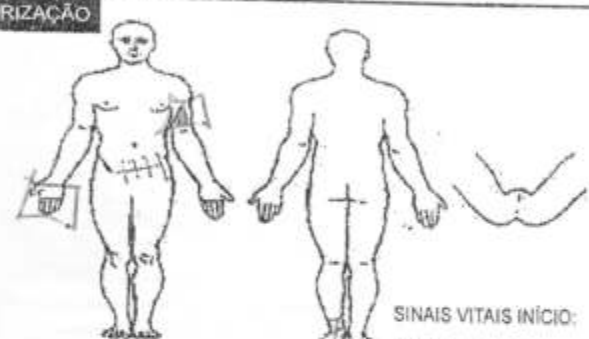
CIRURGIA PROPOSTA: _____

CIRURGIA REALIZADA: _____

CIRURGIÃO Dr. Flávio ANESTESIOLOGISTA Adriano INSTRUMENTADOR _____

ASSISTENTES: 1º _____ CRM _____ 2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS:

- ☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ☐ ELÉTODOS
- ☐ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☐ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 128x73 SATO 99% FC 120bpm

SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 114x63 SATO 100% FC 108bpm

TIPO DE ANESTESIA

☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO	☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX	☐ GERAL VENOSA	☐ GERAL
☐ BLOQUEIO AXILAR	☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20	☐ LOCAL	☒ <u>Raquel</u>
☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2	☐ BLOQUEIO PERIBULBAR	☐ PERIDURAL	☐ COM CATETER
☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	☐ GERAL COMBINADA (V+1)	☐ SEDAÇÃO	☐ SEM CATETER
	☐ GERAL INALATÓRIA	☐ SEDAÇÃO + LOCAL	
		☐ TOPICA	

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____ ☐ COM CUFF ☐ SEM CUFF

☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº _____ ☐ OUTRAS _____

POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA

☒ DORSAL	☐ GINECOLÓGICA	☐ LATERAL ESQUERDO	☐ SENTADA	☐ TREDELEMBURG
☐ VENTRAL	☐ LITOTÔMICA	☐ LATERAL DIREITO	☐ SEMI-POWELL	

PREPARO DA PELE

DEGERMAÇÃO	☒ PVPI DEGERMANTE	☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA	☒ BVP TÓPICO
ANTI-SEPSIA	☒ PVPI ALCOOLICO	☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO	
REALIZADA POR	☒ EQUIPE MÉDICA	☐ EQUIPE ENFERMAGEM	

PROCEDIMENTO REALIZADOS

☐ CATETERISMO VESICAL	☐ TRICOTOMIA	☐ PASSAGEM SNG	☐ ASPIRAÇÃO
☐ GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl		☐ FUNÇÃO VENOSA	☐ MSD ☐ MSE ☐ OUTROS _____

☐ SONDA URETRAL Nº _____	☐ COLETOR	☐ UROSTOP	☐ AP BARBEAR _____ UNID	☐ SNG Nº _____
☐ SONDA FOLEY Nº _____	☐ LANCETA _____ UNID	☐ SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____	☐ JELCO Nº _____	

GARROTEAMENTO

TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH _____ UNID ☐ GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg ☐ NÃO SE APLICA

LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO ☐ ANTEBRAÇO ☐ COXA ☐ PANTURRILHA

TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____

SERVIÇOS SOLICITADOS

☐ ANATOMIA PATOLÓGICA	☐ NÃO	☐ SIM	LOCAL _____	N DE FRASCOS _____
☐ LABORATÓRIO	☐ RX	☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM	☐ OUTROS _____	☐ NÃO SE APLICA

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391- Picos - PI.

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE <i>Isabel Neta Guedes Lopes</i>				DATA <i>12/03</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO <i>LWC (Intervenção cirúrgica de colelitomia)</i>				SALA <i>03</i>		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML				ARCO CIRÚRGICO	☐	
SERINGA 5 ML 10 ML	<i>03/03</i>			BOMBA DE INFUSÃO	☐	
SERINGA 20 ML	<i>12</i>			ASPIRADOR	☐	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOClave	☒	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	☒	
AGULHA 40X12				ULTRASSON	☐	
ALGODÃO				STIMUPLEX	☐	
ÁGUA DESTILADA	<i>10ml</i>	<i>04</i>				
VPI 1000cc + DEGERMANTE	<i>300ml</i>					
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE	<i>03</i>					
ATADURA COM CREPOM	<i>150ml</i>	<i>04</i>				
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF	<i>01</i>					
NEOCAÍNA PESADA	<i>01</i>					
LIDOCAÍNA						
PROPOFOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA	<i>1g</i>	<i>02</i>	<i>00/10</i>			
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON	<i>-20-</i>	<i>04</i>				
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE	<i>Precoles</i>	<i>10</i>				
ESPARADRAPO	<i>Preco</i>	<i>20ml</i>				
LÂMINA DE BISTURI	<i>Nº 24</i>	<i>01</i>				
LUVA ESTÉRIL	<i>Precoles 7.510</i>	<i>03/03</i>				
LUVA DE PROCEDIMENTO	<i>Precoles</i>	<i>08</i>				
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	<i>500ml</i>	<i>10</i>				
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO	<i>14x20</i>	<i>03</i>				
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
EQUIPO	<i>Preco</i>	<i>01</i>				
AGULHA DE RAQUE						
TENOXICAM						

USO DA SALA		
INÍCIO <i>08:30</i>	TÉRMINO <i>11:00</i>	DURAÇÃO <i>2h</i>
OPERAÇÃO		
CIRURGIÃO <i>Dr. Guedes</i>		
AUXILIAR		
ANESTESISTA <i>Dr. Guedes</i>		
TIPO DE ANESTESIA <i>Rapida</i>		
INSTRUMENTADOR		
OCORRÊNCIAS		

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data *27/03*
Funcionário *Dr. Guedes*

MÉDICO: _____
 ENFERMEIRA(O): *Dr. Guedes*
 TÊC. ENFER.: *Regiane Bezerra Benevides*
 TÊC. ENFERAGEM: _____
 COREN-PI 333582

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391- Picos - PI.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS		NOME				
Data	P. Menstrual	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hemostasia	Hemoglobina	Hemacrito	GSemia	Dos. Urina
Exames de Urina						
Digestivo						
Respiração						
Sistema Respiratório			Asma		Bronquite	
Sistema Digestivo			Sistema Urinário			
Estado			Corticoides		Alergias	
Diagnóstico			Risco		Outros	
Pré-Operatório			Efeitos			
Agentes e Doses						
Agentes Anestésicos		Oxigênio 1 2 3				Total e Doses
Líquidos		Soluto 500 400 Sangue 300 200 outros 100				
Temperatura	30	260 240 220 200 180 160 150 140 130 120 100 80 60 40 20				Sequência
Pulso	36					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
Início e Fim Anestesia	34					
Início e Fim Operação	32					
Respiração	30					
Símbolos						Duração
Técnicas:			Incidente - Acidente			
Operações:						
Cirurgias:						
Anestésias:						
			Condições pós-oper. Imediatas			

CASA DE SAUDE NOSSA SENHORA DOS REMEDIOS LTDA
AV NOSSA SENHORA DE FATIMA, 670 - CENTRO - PICOS(PI)
CNPJ: 07.883.775/0001-00 CNES: 507541-6

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

==[ADMISSÃO]==

Número 201821000590 Data 21/03/2018 Hora 07:29 Convênio PLANO ECONOMICO Carteira
Caráter de Atendimento
URGÊNCIA
Origem do Paciente Clínica/Especialidade
RESIDÊNCIA CLINICA CIRURGICA/GERAL
Médico Solicitante Médico Responsável
4620 - ERIVELTON DE SÁ BARROS 4620 - ERIVELTON DE SÁ BARROS
Procedimento Solicitado

Dias
0

==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome ISABEL NETA GUEDES LOPES Sexo FEMININO
Nascimento 04/09/1984 Idade 33 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil CASADO Religião CATÓLICA
Mãe MARIA IRENE GUEDES GONÇALVES DE CARVALH JORGE LOPES Pai
Conjuge Responsável Prontoário
CICERO JOSE DE LIMA ISABEL NETA GUEDES LOPES 29353
CNS Registro 201802140000903 Documento Informado RG: 2194239
País BRASIL Município de Naturalidade BOM JESUS/PI CEP 64545-970
Município de Residência SANTA CRUZ DO PIAUI/PI Logradouro POVOADO GENIPAPIM
Número Complemento SN Bairro ZONA RURAL
Fone Móvel (89)9880.35326 Fone Fixo Ponto de Referência
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
OUTRA / CASEIRO (AGRICULTURA)

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar Acomodação/Leito APT004/1
FAMILAR
Tipo de Acomodação Apartamento Clínica CLINICA MEDICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM
Atendente: elisangela.sousa Data: 21/03/2018 Hora: 07:36:52 Tempo: 00:07:23
==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

ISABEL NETA GUEDES LOPES, abaixo assinado, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) CASA DE SAUDE NOSSA SENHORA DOS REMEDIOS LTDA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao seu diagnóstico, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

PICOS(PI), 21 de março de 2018

RESPONSÁVEL *Cicero Jose de Lima*

TESTEMUNHAS

CNPJ 07.883.775/0001-00

CASA DE SAUDE NOSSA SENHORA DOS REMEDIOS LTDA-EPF

Nossa Senhora de Fátima Nº 670

Centro - CEP: 64.600-000

Picos-PI

*Testemunha
Dante Brito
BRN 2113*

CASA DE SAUDE NOSSA SENHORA DOS REMEDIOS LTDA
AV NOSSA SENHORA DE FATIMA, 670 - CENTRO - PICOS(PI)
CNPJ: 07.883.775/0001-00 CNES: 507541-6

LAUDO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

==[PACIENTE]==
Nome ISABEL NETA GUEDES LOPES Sexo FEMININO
Nascimento Idade Religião Acompanhante Internação Anterior
04/09/1984 33 Anos CATÓLICA * [X] Sim [] Não [X]

==[ADMISSÃO]==
Número Data Hora Convênio/Plano
201821000590 21/03/2018 07:29 PLANO ECONOMICO/UNICO

==[HISTÓRIA CLÍNICA + EXAME FÍSICO]==

Pte volume de cédulas d. mto, com
fratura expõe de colones inguent

==[DIAGNÓSTICO INICIAL]==
Fratura de Colones CID10 []

==[SUMÁRIO DE EVOLUÇÃO]==

ALTA CONDIÇÃO	TIPO DE ALTA	TIPO DE ÓBITO
☐ Curado	☐ Decisão Médica	☐ Operatório
☒ Melhorado	☐ A pedido	☐ Pós-Operatório
☐ Estacionário	☐ Transferência	☐ Imediato (12 Horas)
☐ Piorado	☐ Para Diagnóstico	☐ Mediato (1 Semana)
☐ Em tratamento	☐ Para tratamento AMB	☐ Tardio (Após 1 Semana)
☐ Não tratado	☐ Transitória	☐ Tratamento Clínico
		☐ Sem tratamento *
		* Causa: _____

==[DIAGNÓSTICO DEFINITIVO]==
CID10 []

==[TRATAMENTO REALIZADO]==
☐ Clínico ☒ Cirúrgico ☐ Outros

==[ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO]==

Dr. Guedes de Sá Barros
Ortopedista
CRM 4050

CNPJ 07.883.775/0001-00
CASA DE SAUDE NOSSA SENHORA DOS REMEDIOS LTDA-EPP
Av. Nossa Senhora de Fatima, No 670
Centro - CEP: 64.600-000
Picos-PI



FOLHA DE CONTROLE - DIÁRIO

Paciente	Medico:	Aplo:	Enf:	Data:
	Convênio:			

SINAIS VITAIS					ENTRADAS			SAÍDAS			EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
HS	T	P	R	PA	VO SNG	PLASMA SANGUE HPP	SNG	DURESE	EVACUAÇÃO				
07													
08													
09													
10	26.3			110x70									
11													
12													
13													
14													
Soma Parcial:													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22	36.6			120x80									
Soma Parcial:													
23													
00													
01													
02													
03													
04													
05													

CNPJ 07.883.775/0001-00

CASA DE SAÚDE E HIGIENA - SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS LTDA

Av. Nossa Senhora de Fátima, 111 - Jd. São José

Cidade = CEP: 35410-000

Fone: 3533-1111

06.37.6

110x70

Nota: Ajustar EVACUAÇÕES como (+) - pouca (++) - média (+++) - grande

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico (Carimbo e Assinatura) 	Data / Hora 21.03.18	Paciente: Fabul, Nto. Quebra-dor	Convênio: Q. 2000
PRESCRIÇÃO MÉDICA		Médico: E. S. Costa	Appt: 13
HORÁRIOS		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
1) Dita geral		22.03.18 Paciente segue em...	
2) Piperno 1g) (EV) 6/6h		anti-convulsivo, controle...	
AD 8 ml		23.03.18 Paciente segue em...	
3) Ceftioxona 1g) (EV) 12/12h		AD 8 ml	
AD 8 ml		24.03.18 Paciente segue em...	
4) Propofol 100mg) (EV) 12/12h		AD 8 ml	
AD 8 ml		25.03.18 Paciente segue em...	
5) SSIV 8/2h		AD 8 ml	
6) Ceftriaxona		26.03.18 Paciente segue em...	
com deamoni orotato		AD 8 ml	



Av. Nossa Senhora de Fátima, 670
PABX: (89) 3422-1295 / Fax: (89) 3422-1249
PICOS - PI

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico (Carimbo e Assinatura)	Data / Hora	Paciente:	Convênio:
Dra. Daniela Portela MÉDICA GERIATRA ANESTESIOLOGISTA - CRM 2712	22-03-18	Isabel Neto Cavalcas Lopes	
Prescrição Médica	Médico:	Enf:	Leito:
Ata hospitalar	Dr. Erickson	13	03
EVOLUÇÃO DE ENFERM			
HORÁRIOS			
Γ CNPJ 07.883.775/0001-00 CASA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DOS RECURSOS LTDA EPP CASA DE SAÚDE NOSSA SENHORA de Fátima Nº 670 Nossa Senhora de Fátima CEP: 64.600-000 Canito - PI			

OBS - Prescrição Válida por 24 h



Hospital Dr. Oscar
Urgência 24 h

EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME

Isabel Neta Guedes Lopes

MATRICULA

Notas sobre a evolução da doença. Complicações, consultas, mudanças de diagnósticos condições ao ser dada alta. Instruções ao paciente devendo todas anotações ser assinada pelo médico que faz.

DATA

RÚBRICA

POI de fx expõe de ulnareo
Procedimento de interosseus
CD: ~~00~~ medicação

CNPJ 07.883.775/0001-00
CASA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS LTDA-EPP
R. Nossa Senhora de Fátima Nº 670
Centro - CEP: 64.600-000
Picos-PJ

Dr. Lúcia de Sá Barros
Otorrinolaringologista e Traumatologista
CRM 4820 / TEO 14154



Hospital Dr. Oscar
Urgência 24 h

Av. Nossa Senhora de Fátima, 670 - Fone: 3422-1295
Picos - Piauí

Av. Nossa Senhora de Fátima, 670

PABX: (89) 3422-1295 / Fax: (89) 3422-1949

PICOS - PIAUÍ

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

DATA 21/03/18

NOME: Isabel Neto Gomes Lopes

APTº: 13.5

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fx de colono sigmo

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: 0 mm

CIRURGIÃO: Dr. Enivaldo

1º AUX. A

2º AUX

ANESTESISTA: Donila Patila
com 21/18

INSTRUMENTADOR: Augusto

CIRCULANTE:

CIRURGIA PROPOSTA: Orientamento de Colono

CIRURGIA REALIZADA:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

- 1) Pte em PV no crânio
- 2) Anterior + Anterior + Colono de corpo
- 3) Incisão no fundo colono + Colono
- 4) (via posterior) + Tração por plano
- 5) Ressecção de parte onco de colono com
- 6) Ressecção de fundo colono (1 ponto trans onco
- 7) Fixação de Colono com fio de K. com
- 8) Anomalia de borda + uretro + Tib. Jato

Dr. Enivaldo de Sá Barros
Ortopedista Traumatologista
CRM 3620 / RCO 14154

CNPJ 07.883.775/0001-00

UNIDADE NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS LTDA-EPP

Nossa Senhora de Fátima Nº 670

Centro - CEP: 64.600-000

Picos-PI

Nome <u>Sírahel Neto Juedes Borges</u>		Clínica <u>Ortopedia</u>		Prontuário		
Idade	Sexo <u>F</u>	Cor	Procedência			
Data <u>21/03/18</u>	Pressão Arterial <u>130x80</u>	Pulso <u>72 bpm</u>	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Tipo Sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	Outros
Urina						

02			
Líquidos			
		14:40h	15:40h
			16:40h
Código			
P	260		
A	240		
	220		
	200		
	180		
	160		
	140		
	120		
	100		
	80		
	60		
	40		
	20		
Símbolos e Anotações		[SF] [SF]	
Técnicas	Raquianestesia L3-L4, UNO		
	agulha G15, mediana, 21 intercostais		
Observações:	Perda Sanguínea		

INDUÇÃO

Satisfat ☒ Excit. ☐ Tosse ☐
 Laringe-espasmo ☐ Lenta ☐
 Náuseas ☐ Vômitos ☐
 Outros ☐

MANUTENÇÃO

Anest. Satisf. ☒ Sim ☐ Não
 Não porque ?

DESPERTAR

Reflexo na so ☐
 Obstr. 02 ☐ Excit ☐
 Náuseas ☐ Vômitos ☐
 Outros ☐
 Com Canula para o Leito Sim ☐
 Não ☐

CONDIÇÕES:

baixo

OXIGÊNIO

Início: 14:40

Término:

PACIENTE TRANSFUNDIDO

GP. RN. VOL.

AR COMPRIMIDO

Início:

Término:

ÓXIDO NITROSO

Início:

Término:

DROGAS UTILIZADAS

• bupivacaína 15mg
 • morfina 30mg
 • midazolam (15mg/3ml) - OFA 2,0mg
 • ceftriaxona (1g) - OFA

CNPJ 07.5

CASA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DUS

Av. Nossa Senhora de Fátima Nº 670

Centro - CEP: 64.600-000

Picos-PI

FOLHA DE CONSUMO EM SALA CIRÚRGICA

DATA: 01/03/18
 PRONTUÁRIO: 2.00000000
 CONVENIO: 2.00000000

NOME: J. L. L. APT. 13.1 LEITO: 13.1

DIAGNÓSTICO: 127.0 - quadro logo

CIRURGIÃO: Dr. L. L. L.

1ª AUXILIAR: Dr. L. L. L.

2ª AUXILIAR: Dr. L. L. L.

INSTRUMENTADOR (A): Dr. L. L. L.

CIRCULANTE: Dr. L. L. L.

ANESTESIOLOGISTA: Dr. L. L. L.

ANESTESIA: Dr. L. L. L.

TERMINO: 13.1

DURAÇÃO: 13.1

FDS	Nº	CÓDIGO	QUANT
CATGUT CROMADO			
CATGUT CROMADO			
CATGUT SIMPLES			
CATGUT SIMPLES			
VYCRIL			
VYCRIL			
PROLENE			
PROLENE			
MONONYLON			
MONONYLON	30	03	1 unid
ALGODÃO			
ALGODÃO			
300 Algodão 2.034 02			unib

MEDICAMENTOS	CÓDIGO	UNID
ADRENALINA		AMP
ATROPINA		AMP
DIPRIVAN		AMP
TRANSAMM		AMP
FENTANIL		ML
ENFLURANO		ML
INOVAL		ML
MARCAINA		FR
PROSTIGMINE		AMP
QUELICIM		FR
THIONEUBUTAL		FR
XILOCAINA		FR
SEVOFLURANO		ML
HALOTANO		ML
NEOCAINA 0.5		AMP
LIDOCAINA		ML
ÁGUA DESTILADA	10 ML	0.9
ALLOFERINE		AMP
CICLARINE		AMP
DMORF		AMP
DEXAMETASONA		AMP
VOLUM 2 ML		AMP
DOLANTINA		AMP
EFORTIL 1 ML		AMP
PLASTIL 2 ML		AMP
FERNEGAN 2 ML		AMP
FLAXEDIL		AMP
KETALAR		AMP
LASIX		AMP

TAXAS
BISTURI
MICROSCÓPIO CIRÚRGICO
MONITOR CARDÍACO
OXIMETRIA
PERF. ELÉTRICO
SERRA ELÉTRICA
BOMBA DE FUSÃO
CAPNÓGRAFO
RESPIRADOR VOLUME
0.9 Salina normal
0.9 Salina normal
0.9 Salina normal
0.9 Salina normal
0.9 Salina normal

GASES	UNID	TEMPO
OXIGÊNIO		
OXIDO NITROSO		
CHPJ07.883.775/0001-00		
Av. Nossa Senhora dos Remédios, 1170 - Jd. L. L. L.		
Centro = CEP: 54.000-000		
PIS/PASEP		

"Melhorar sua vida, nesse compromisso."

F-mail: umsiandiranunes@hotmail.com

Hora: 19 : 50

SUS

Nome: Isabel Neta Guedes Lopes Idade: 33
 Profissão: Agricultora DN: 04/09/84 Sexo: ☐ M ☒ F
 RG/CPF: 8 134 239 (2144239 - DF) CNS: 704 8030 5068 0342
 Estado Civil: ☐ casado ☐ solteiro ☐ união estável ☐ viúvo Tel.: (89) 988035326
 End. Res.: Genipapim Cidade: Santa Cruz do Rio
 Bairro: Zona Rural Cep.: 64549 000 UF: PE
 End. Local: _____ Cidade: _____
 Bairro: _____ Cep.: _____ UF: _____
 Pai: Jorge Lopes Mãe: Maria Inês Guedes
 Responsável: Maria das Neves de Lima RG/CPF: Des de Corvalim
 Parentesco do responsável: Cunhada Grau de Instrução: Fundamental incompleta

Data: 03/03/18		Hora: 19:40		Condução:	
Motivo da Procura: Acidente de moto					Convênio: SUS
Acid. Trab.: N	Caso Policial: N	Trauma: N	Maus Tratos: N	Notificar? N	

Sinal/Sintoma: <i>Fratura exposta</i>		Evento Principal:	
Breve História: <i>fratura exposta</i> <i>Ur 5G</i>		Dra. Karla Matos Pacheco CRM 100.475.910-EMF Ass. Profissional no Acolhimento	
☐ Vermelho - emergência	☒ Amarelo - urgência	☐ Verde - pouco urgente	☐ Azul - não urgente

Procedimentos: ☒ Consulta s/ observação ☐ Consulta c/ observação ☐ Internação Hospitalar
☒ Imobilização de fratura ☐ Posicionamento de Luxação ☐ Sutura
☒ Outros. Quais? Transfusão p/ Hx 3L

HD:

Exame Clínico/ Físico:

Medicação (somente para consulta sem observação): SSVV Peso: ___ Kg Tax: ___ °C P ___ bpm R ___ irpm PA ¹³⁰ ___ mmHg GC: ___ mg/dL

Prescrição Médica	Horário	Anotação de Enfermagem
<i>Exame físico p/ Análise de sangue</i>		<i>Exame físico p/ Análise de sangue</i> <i>Em 22/03/18</i>
		<i>Antônio Carlos de Carvalho</i> <i>S.A.M.E.</i> <i>U. M. S. Jandira Nunes Martins</i> <i>CPF 880.128-04</i>



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 REGIONAL JUSTINO LUZ
2 - CNES
4009527
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
4 - CNES
4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ISABEL NETA GUEDES LOPES
6 - Nº DO PRONTUÁRIO
386135
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
704803050680342
8 - DATA DE NASCIMENTO
04/09/1984
9 - SEXO
1 - Fem X 2 - M
10 - NOME DA MÃE
MARIA IRENE GUEDES GONCALVES DE CARVALHO
11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9880-35326
12 - ENDEREÇO
JENIPAPINHO, 0 - ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
SANTA CRUZ DO PIAUI
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2209104
15 - UF
PI
16 - CEP
64545 000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de peso acompanhada com fr. exposto de calcâneo E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

fr. cirúrgico

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

Rx + exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fr. calcâneo

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.

S920

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ampliação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04.08.05.05.35

26 - CLÍNICA

Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Nupres

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

019.532.189

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Flávio H.B. Araújo

03/03/18

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SERIE

34 - () AGENTE DE TRÁNSITO

35 - () AGENTE TRAB. TÍPICO

36 - () AGENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CUIA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

M220800001

45 - CÓDIGO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUT. DE ATRIBUIÇÃO HOSP.
DR. Osvaldo Almeida Costa
Médico Auxiliar SMS / INOUB
Cred. SUS 100.581.547.830 (PA)
Cof. 011.544.417.400 (PA) Nº 314

Assinatura paciente/Responsável

20270 Jose de Lima

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE <i>Robel N. C. Lopes</i>		SEXO <i>F</i>	APT°	LEITO
PROVITUÁRIO	CONVENIO	DATA <i>03/03/18</i>	HORA	

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Ex. exposto de esófago (E)

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA <i>03/03/18</i>	INICIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA <i>LMC</i>	CIRURGIA REALIZADA <i>de Rumaux</i>	
TIPO DE CIRURGIA REALIZADA: ☐ ELETIVA ☐ REINTERNAÇÃO		
☐ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☒ CONTAMINADA ☐ INFECTADA		

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA/ ACHADO CIRÚRGICO

(1) Ao corte do doente
(2) Abertura e corte de pele
(3) Incisão vertical da parede abdominal
(4) Incisão da parede da parede abdominal superior
(5) Incisão da parede da parede abdominal superior
(6) Corte de pele

26.06.18
Wm

INTERCORRÊNCIAS

NDV

ANTIBIOTERAPIA ☐ NÃO ☒ SIM	ANATOMIA PATOLÓGICA ☐ NÃO ☒ SIM
QUAIS?	Nº DE PEÇAS: LOCALIZAÇÃO:
MATERIAL ESPECIAL ☐ NÃO ☒ SIM ☐ SÍNTESE/TIPO	☐ ORTESE/TIPO

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO
ANESTESISTA	CREMEB	CREMEB
CIRURGIÃO	ASSINATURA	ASSINATURA
1º CIRURGIÃO AUXILIAR	ASSINATURA	ASSINATURA
2º CIRURGIÃO AUXILIAR	ASSINATURA	ASSINATURA

Atendimento:	1048871
Data:	03/03/2018
Hora:	21:29

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184
PICOS/PI

Nº AIH
MAIARA

BOLETIM DE ADMISSÃO

386135 - ISABEL NETA GUEDES LOPES

OUTROS - Sexo: FEMININO - Nascimento: 04/09/1984 - Cor/Raca: 03-PARDA

33 ANOS,6 MESES

Clinica: ORTOPEDIA

Enfermaria: 14- ORTOPEDIA - F

Leito: C14/71 Convênio: SUS

Escolaridade: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

Médico: 4602 - FLAVIO HERMANO BEZERRA ARAUJO

CPF: RG: 2194239

CNS: 704803050680342

SIS Prenatal:

Endereço: JENIPAPINHO, Nº 0 - CEP: 64545-000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2209104- SANTA CRUZ DO PIAUI/PI Profissão: LAVRADOR

Telefone: (89) 9880-35325

Paí: JORGE LOPES

Mãe: MARIA IRENE GUEDES GONCALVES DE CARVALHO

Responsavel: CICERO JOSE DOMINGOS - 89988035326 - ESPOSO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Hospital Regional Justino Luz

COPIAR COMO ORIGINAL

Data: 26/06/18

Funcionário

Diagnóstico Provável

FLAVIO HERMANO BEZERRA ARAUJO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PICOS-PI

PACIENTE: <u>Inabel M. G. Gomes</u>	ALA C	APTO C- <u>34</u>	LEITO: <u>71</u>
PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMEAGEM		
	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES
DATA: <u>18/03/2018</u>			
1. Dieta Livre	SND		
2. SF0,9% 1000ML IV 14GTS /MIN	18 20		
3. Tenoxicam 40mg + AD IV 12/12h	18 24		
4. Dipirona 1g + AD 6/6h	18 18 24 06		
5. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA	06		
6. tramadol 100mg + 100ml SF0,9% IV DE 8/8h S/N	S/N		
7. ONDANSETRONA 8MG IV DE 8/8h S/N	S/N		
8. SSVV+CCGG			
9. <u>Cefotaxima 1g + AD 8mg, (EU) 8/8h</u>	18 22 06		
<i>Dr. Eudécio de Sá Barros</i> Ortopedista / Traumatologia CRM 4620 / T.E.O.T. 14164 <u>Atto médico</u>			

Data: 18/03/2018
Hospital Regional Justino Luz
Picos-PI
Funcionário

Dr. Eudécio de Sá Barros
Ortopedista / Traumatologia
CRM 4620 / T.E.O.T. 14164



FEPISEH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ALA B - C

Nome: <u>Israel Neto Guedes Lopes</u>		DHI:	Data: <u>16/03/2018</u>
Idade: _____ Sexo: () Masc. ☒ Fem.		Enfermaria: <u>14</u>	Leito: <u>71</u>
Hipótese Diagnóstica:		PA: <u>100 x 80</u> mmHg	
Hipótese Progressiva:		TA: <u>36.9</u> °C	P: <u>94</u> bpm
Queixa Principal:		HGT: _____ mg/dl	R: _____ rpm
Alegrias: <u>ningu</u>		SPO2	Peso: _____ Kg
CONTROLE DE CATETER E Sonda		SISTEMA GASTROINTESTINAL	
Cateter Periférico: <u>mbc</u>	Cateter Periférico:	() SNG/SOG () SNE/SOE () NPT () VO	
Cateter Central:	Cateter Central:	() Gavagem () Aberta () Êmese	
Cateter Vesical:	Cateter Vesical:	Evacuações () Presente () Ausente	
SISTEMA NEUROLÓGICO		Flatos () Presente () Ausente	
(☒) Consciente (☒) Orientado () Desorientado		REGULAÇÃO VASCULAR	
() Sedado () Torporoso () Comatoso		() Normocárdio () Bradicárdio () Taquicárdio	
() Agitado () Reage a estímulos () Não Reage		Pulso: () Cheio () Filiforme () Rítmico	
PUPILAS		() Arritmico	
() Mióticas () Midriáticas () Fotorreagentes		() Normotenso () Hipertenso () Hipotenso	
() Não reagentes () Isocóricas () Anisocóricas		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
REGULAÇÃO TÉRMICA		() Tenso () Globoso () Distendido	
() Hipotérmico () Subfebril _____ °C		() Côncavo	
() Afebril () Febril _____ °C		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	
OXIGENAÇÃO		() Espontânea () SVD () Anúria () Colúria	
() Eupneico () Bradipneico () Traquipneico		() Poliúria () Oligúria () Disúria	
() Dispneico () Oxigenoterapia () Ar ambiente		() Hematuria	
() Máscara venturi () Intubação		() Cistostomia () Estímulo Medicamentos	
PELE		ÚLCERA POR PRESSÃO	
() Normocorada () Hipocorada () Acianótica		() Grau I () Grau II () Grau III	
() Cianótica () Ictérica () Anictérica		() Grau VI	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		FERIDA OPERATÓRIA	
1 - Estado Geral (☒) Regular () Grave		() Limpa e Seca () Secretiva	
2 - Consciente (☒) Sim () Não			
3 - Orientado (☒) Sim () Não			
4 - Fásico (☒) Sim () Não			
5 - Respiração () O2 (☒) Ar ambiente			
6 - Pele/Mucosas (☒) Normocorada () Cianótica			
() Hipocorada () Ictérica			
7 - Deambula () Sim (☒) Não			
8 - Dieta (☒) Aceita () Não aceita			
() SNG/SOG () SNE/SOE			
9 - Febre () Sim () Não			
10 - Sono/repouso () Satisfatório (☒) Insatisfatório			
		11 - Diurese (☒) Presente () Ausente	
		() SVD () SVA	
		Volume: _____ ml	
		Aspecto: _____	
		12 - Evacuações (☒) Presente () Ausente	
		13 - Curativo (☒) Sim () Não	
		14 - Edema () Sim (☒) Não	
		() MMSS () MMII	
		15 - Venoclise (☒) MSE () MIE	
		() MSD () MID	
		() Jugular () Central	
		16 - Queixas: <u>sem queixas</u>	
		17 - Exames:	
Hospital Regional Justino Lima			
CONFECIONADO EM _____			
Data: <u>26/03/18</u>			
Funcionário: _____			

✓

Erabil Keta Gude

ALA C

APTO C-

CL4/71

LEITO:

RELATÓRIO DE ENFERMEAGEM

DATA: 15/03/2018

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

1. Dieta Livre
2. GELCO HIDROLIZADO
3. Tenoxicam 40mg + AD IV 12/12h S/N
4. Dipirona 1g + AD 6/6H
5. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA
6. tramadol/100mg + 100ml SF0,9% IV DE 8/8H S/N
7. ONDANSETRONA 8MG IV DE 8/8H S/N
8. SSVV+CCGG
9. cefalotina 1g IV DE 6/6H
10. CURATIVO DIARIO

Німає

زیر

~~1/7~~ ~~1/6~~ ~~1/4~~ ~~0/5~~

51

مجلس

Count

~~13~~ ~~11~~ ~~24~~ %
~~Stamps~~

15. M. M. Rickards SSVV. P.A. 90x70
 TRX: 3B4C. 5m quinton. And P.
 LPT. Plummer Raully

Ronald Coliez Barros
GRABADISTA / TRANSLADISTA
LRA 2825 - LRA 612.584.153-40

Hospital Regional Justino Luis
CONFERE COM O ORIGINAL
05/12
FUNDADOR

**FEPISERH**Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**
ALA B - C

Nome: <u>Isabel Neta Guedes Lopes</u>		DHI:	Data: <u>15/03/15</u>
Idade: <u>33</u> Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem.		Enfermaria: <u>14</u>	Leito: <u>71</u>
Hipótese Diagnóstica:		PA: <u>90x70</u> mmHg	
Hipótese Progressa		TA: <u>36,4</u> °C	P: <u> </u> bpm
Queixa Principal:		HGT: <u> </u> mg/dl	R: <u> </u> rpm
Alegrias: <u>nada</u>		SPO2	Peso: <u> </u> Kg
CONTROLE DE CATETER E Sonda			
Cateter Periférico:	Cateter Periférico:	SISTEMA GASTROINTESTINAL	
Cateter Central:	Cateter Central:	☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ NPT ☐ VO	
Cateter Vesical:	Cateter Vesical:	☐ Gavagem ☐ Aberta ☐ Êmese	
SISTEMA NEUROLÓGICO		Evacuações ☒ Presente ☐ Ausente	
☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado		Fíatos ☐ Presente ☐ Ausente	
☐ Sedado ☐ Torporoso ☐ Comatoso		REGULAÇÃO VASCULAR	
☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não Reage		☐ Normocárdio ☐ Bradicárdio ☐ Taquicárdio	
PUPILAS		Pulso: ☐ Cheio ☐ Filiforme ☐ Rítmico	
☐ Mióticas ☐ Midríáticas ☐ Fotorreagentes		☐ Aritmico	
☐ Não reagentes ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas		☐ Normotenso ☐ Hipertenso ☐ Hipotenso	
REGULAÇÃO TÉRMICA		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
☐ Hipotérmico ☐ Subfebril <u> </u> °C		☐ Tenso ☐ Globoso ☐ Distendido	
☐ Afebril ☐ Febril <u> </u> °C		☐ Côncavo	
OXIGENAÇÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	
☐ Eupneico ☐ Bradpneico ☐ Traquipneico		☒ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Colúria	
☐ Dispneico ☐ Oxigenoterapia ☐ Ar ambiente		☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Disúria	
☐ Máscara venturi ☐ Intubação		☐ Hematuria	
PELE		☐ Cistostomia ☐ Estímulo Medicamentos	
☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Acianótica		ÚLCERA POR PRESSÃO	
☐ Cianótica ☐ Ictérica ☐ Anictérica		☐ Grau I ☐ Grau II ☐ Grau III	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		☐ Grau VI	
1 - Estado Geral ☒ Regular ☐ Grave		FERIDA OPERATÓRIA	
2 - Consciente ☒ Sim ☐ Não		☐ Limpa e Seca ☐ Secretiva	
3 - Orientado ☒ Sim ☐ Não			
4 - Fásico ☒ Sim ☐ Não		11 - Diurese ☒ Presente ☐ Ausente	
5 - Respiração ☐ O2 ☒ Ar ambiente		☐ SVD ☐ SVA	
6 - Pele/Mucosas ☒ Normocorada ☐ Cianótica		Volume: <u> </u> ml	
☐ Hipocorada ☐ Ictérica		Aspecto: <u> </u>	
7 - Deambula ☐ Sim ☐ Não		12 - Evacuações ☒ Presente ☐ Ausente	
8 - Dieta ☒ Aceita ☐ Não aceita		13 - Curativo ☒ Sim ☐ Não	
☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE		14 - Edema ☐ Sim ☒ Não	
9 - Febre ☐ Sim ☐ Não		☐ MMSS ☐ MMII	
10 - Sono/repouso ☒ Satisfatório ☐ Insatisfatório		15 - Venoclise ☒ MSE ☐ MIE	
		☐ MSD ☐ MID	
		☐ Jugular ☐ Central	
		16 - Queixas: <u>Sem queixas</u>	
		17 - Exames: <u>Hospital Regional Juscelino Kubitschek</u>	
ANOTAÇÕES			
Data: <u>15/03/15</u>			
Assinatura: <u>[Assinatura]</u>			
Paciente: <u>Isabel Neta Guedes Lopes</u>			



SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ



x

NOME: ISABEL NETA GUEDES	ALA C	APTO 14	LEITO 71	R. MET.
HD: FX DO CALCANEIO - P / TERESINA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 03/03/2018	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
1. DIETA LIVRE	SND		9:00 Realizado curativo em	
2. JELCO HIDROLISADO	Atenção		calcâneo. F.O. sem sinais	
3. OMEPRAZOL 40 mg VO AS 06 HORAS	q/6		flogísticos. Utilizou-se como	
4. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV 6/6 HORAS (SN)	SIN		cobertura. 10. Sulfadiazina	
6 TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (S/N)	SIN		de 2.ª linha. 11. Iodo	
7. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (SN)	SIN		de 2.ª linha. 12. Iodo	
9. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS > 160 MMHG E/OU PAD > 110 MMHG	SIN		de 2.ª linha. 13. Iodo	
10. TILATIL 40mg + AD 12/12H (SN)	SIN		de 2.ª linha. 14. Iodo	
11. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	SIN		de 2.ª linha. 15. Iodo	
13. CURATIVO DIÁRIO	Atenção		de 2.ª linha. 16. Iodo	
Dr. Flávio Antônio Costa Barros CRM: 14.404 / TEND 14.404				

Hospital Regional Justino Lima
CONFIRMAR COM O ORIGINAL
Data 03/03/2018
Assinatura

**FEPISERH**Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ALA B - C**

Nome: <i>Francliel Neto Queiroz Lopes</i>		DHI: <i>110</i>	Data: <i>14/03/18</i>
Idade: <i>33</i> Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem.		Enfermaria: <i>214</i>	Leito: <i>81</i>
Hipótese Diagnóstica: <i>Enterite aguda do colôn</i>		PA: <i>100 x 70</i> mmHg	
Hipótese Progressiva		TA: <i>36.8</i> °C	P: <i>79</i> bpm
Queixa Principal:		HGT: _____ mg/dl	R: <i>15</i> rpm
Alegrias:		SPO2 _____	Peso: _____ Kg
CONTROLE DE CATETER E Sonda			
Cateter Periférico:	Cateter Periférico:	SISTEMA GASTROINTESTINAL	
Cateter Central:	Cateter Central:	☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ NPT ☒ VO	
Cateter Vesical:	Cateter Vesical:	☐ Gavagem ☐ Aberta ☐ Êmese	
SISTEMA NEUROLÓGICO		Evacuações ☒ Presente ☐ Ausente	
☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado		Flatos ☐ Presente ☐ Ausente	
☐ Sedado ☐ Torporoso ☐ Comatoso		REGULAÇÃO VASCULAR	
☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não Reage		☐ Normocárdio ☐ Bradicárdio ☐ Taquicárdio	
PUPILAS		Pulso: ☒ Cheio ☐ Filiforme ☐ Rítmico	
☐ Mióticas ☐ Midriáticas ☐ Fotorreagentes		☐ Aritímico	
☐ Não reagentes ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas		☐ Normotensão ☐ Hipertensão ☐ Hipotensão	
REGULAÇÃO TÉRMICA		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
☐ Hipotérmico ☐ Subfebril _____ °C		☐ Tenso ☒ Globoso ☐ Distendido	
☒ Afebril ☐ Febril _____ °C		☐ Côncavo	
OXIGENAÇÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	
☒ Eupnéico ☐ Bradnéico ☐ Traquipnéico		☒ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Colúria	
☐ Dispneico ☐ Oxigenoterapia ☒ Ar ambiente		☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Disúria	
☐ Máscara venturi ☐ Intubação		☐ Hematuria	
PELE		☐ Cistostomia ☐ Estímulo Medicamentos	
☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Acianótica		ÚLCERA POR PRESSÃO	
☐ Cianótica ☐ Ictérica ☐ Anictérica		☐ Grau I ☐ Grau II ☐ Grau III	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		☐ Grau VI	
1 - Estado Geral ☒ Regular ☐ Grave		FERIDA OPERATÓRIA	
2 - Consciente ☒ Sim ☐ Não		☐ Limpa e Seca ☐ Secretiva	
3 - Orientado ☒ Sim ☐ Não			
4 - Físico ☒ Sim ☐ Não			
5 - Respiração ☐ O2 ☒ Ar ambiente			
6 - Pele/Mucosas ☒ Normocorada ☐ Cianótica			
☐ Hipocorada ☐ Ictérica			
7 - Deambula ☒ Sim ☐ Não			
8 - Dieta ☒ Aceita ☐ Não aceita			
☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE			
9 - Febre ☐ Sim ☒ Não			
10 - Sono/repouso ☒ Satisfatório ☐ Insatisfatório			
11 - Diurese ☒ Presente ☐ Ausente		12 - Evacuações ☒ Presente ☐ Ausente	
☐ SVD ☐ SVA		12 - Curativo ☒ Sim ☐ Não	
Volume: _____ ml		14 - Edema ☐ Sim ☒ Não	
Aspecto: _____		☐ MMSS ☐ MMII	
15 - Venoclise ☒ MSE ☐ MIE		15 - Venoclise ☒ MSE ☐ MIE	
☐ MSD ☐ MID		☐ MSD ☐ MID	
☐ Jugular ☐ Central		☐ Jugular ☐ Central	
16 - Queixas: <i>sem queixa no momento</i>		16 - Queixas: <i>sem queixa no momento</i>	
17 - Exames: <i>Hospital Regional de São Luiz</i>		17 - Exames: <i>Hospital Regional de São Luiz</i>	
ANOTAÇÕES			
<i>Regulada administrando 5ml/h</i>			
<i>14/03/18</i>			
<i>Funcionário</i>			



SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: ISABEL NETA GUEDES

HD: FX DO CALCANEIO - P/ TERESINA

ALA C

APTO 14

LEITO 71

R. MET.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

DATA: 13/03/2018

1. DIETA LIVRE

2. JELCO HIDROLISADO

3. OMEPRAZOL 40 mg VO ÀS 06 HORAS

4. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV 6/6 HORAS (SN)

6 TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (S/N)

7. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (SN)

9. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS > 160
MMHG E/OU PAD > 110 MMHG

10. TILATIL 40MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (SN)

11. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS

12. CURATIVO DIÁRIO

SN

Atenção!

SN

SN

SN

SN

SN

12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Atenção!

Atenção!

Original Registrado no Livro
de Conferência de Medicamentos
Data: 13/03/2018
Assinatura: [Assinatura]



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ALAB - C

Nome:		Idade:		Sexo: () Masc. (X) Fem.		DHI:	Data:
Hipótese Diagnóstica:						Enfermaria:	Leito:
Hipótese Progressiva						PA:	mmHg
						TA:	°C P: bpm
Queixa Principal:						HGT:	mg/dl R: rpm
Alegrias:						SPO2	Peso: Kg
CONTROLE DE CATETER E SONDA							
Cateter Periférico:	Cateter Periférico:	SISTEMA GASTROINTESTINAL					
Cateter Central:	Cateter Central:	() SNG/SOG () SNE/SOE () NPT	(X) VO				
Cateter Vesical:	Cateter Vesical:	() Gavagem () Aberta () Êmese					
		Evacuações (X) Presente () Ausente					
		Flatos () Presente (X) Ausente					
SISTEMA NEUROLÓGICO							
() Consciente () Orientado () Desorientado							
() Sedado () Torporoso () Comatoso							
() Agitado () Reage a estímulos () Não Reage							
PUPILAS							
() Mioticas () Midriáticas () Fotorreagentes							
() Não reagentes () Isocóricas () Anisocóricas							
REGULAÇÃO TÉRMICA							
() Hipotérmico () Subfebril _____ °C							
() Afebril () Febril _____ °C							
OXIGENAÇÃO							
() Eupneico () Bradipneico () Traquipneico							
() Dispneico () Oxigenoterapia () Ar ambiente							
() Máscara venturi () Intubação							
PELE							
() Normocorada () Hipocorada () Acianótica							
() Cianótica () Ictérica () Anictérica							
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM							
1 - Estado Geral (X) Regular () Grave	11 - Diurese (X) Presente () Ausente						
2 - Consciente (X) Sim () Não	() SVD () SVA						
3 - Orientado (X) Sim () Não	Volume: _____ ml						
4 - Fásico (X) Sim () Não	Aspecto: _____						
5 - Respiração () O2 (X) Ar ambiente	12 - Evacuações (X) Presente () Ausente						
6 - Pele/Mucosas (X) Normocorada () Cianótica	13 - Curativo (X) Sim () Não						
() Hipocorada () Icterícia	14 - Edema () Sim (X) Não						
7 - Deambula () Sim () Não	() MMSS () MMI						
8 - Dieta (X) Aceita () Não aceita	15 - Venoclise (X) MSE () MIE						
() SNG/SOG () SNE/SOE	() MSD () MID						
9 - Febre () Sim (X) Não	() Jugular () Central						
10 - Sono/reposou (X) Satisfatório () Insatisfatório	16 - Queixas:						
17 - Exames:							
ANOTAÇÕES							

Tubul Net

NOME:	ALA C <i>14</i>	APTO	LEITO <i>71</i>	R. MET.
HD:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES
DATA: 1/203/18				<i>Is 10.00h - Realizado curativo em</i>
1. DIETA LIVRE		<i>SND</i>		<i>MIE (pe), F.O limpa, seca com</i>
2. SCALP SALINIZADO		<i>Atenção</i>		<i>bandas maceradas. Aplicada solu-</i>
3. DIPIRONA 1 G AMP IV 6/6 HORAS		<i>12/18 2/4 16</i>		<i>ção de AGE. Gt. Tc. Ent. Camila S.</i>
4. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06:00 HORAS		<i>16</i>		<i>Corvalho / Imictus. Ent. Deborah</i>
6.CCGG + SSVV				<i>Luz COREN: 505.578-Pe. —</i>
7- CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP VO 8/8 H SE PAS MAIOR 160 MMHG E/OU PAD MAIOR 110 MMHG		<i>S/N</i>		
8-TRAMADOL 100MG + SF 0,9 % 100 ML EV 8/8 HORAS S/N		<i>S/N</i>		
9-FISIOTERAPIA-MOTORA				
10-TILATIL40MG +AD EV DE 12/12H S/N		<i>S/N</i>		
11-ONDRASETRONA 8 MG + AD EV 8/8H S/N		<i>S/N</i>		
12-CEFALOTINA 1G + AD EV 6/6H		<i>12/18 2/4 16</i>		
13. <i>gentamicina 240mg + 2ml</i>		<i>12</i>		
<i>12/18 2/4 16</i>				

Jose...
...

Hospital Regional Justine Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
data: 08/06/18
Unidade

**FEPISERH**Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ALA B - C**

Nome: <u>Enivaldo Roberto Lopes</u>		DHI: <u>94</u>	Data: <u>12/03/18</u>
Idade: <u>33</u>	Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem.	Enfermaria: <u>C14</u>	Leito: <u>71</u>
Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura exposta calcâneo</u>		PA: _____	mmHg
Hipótese Progressiva		TA: _____	°C P: _____ bpm
Queixa Principal:		HGT: _____	mg/dl R: _____ rpm
Alegrias:		SPO2 _____	Peso: _____ Kg
CONTROLE DE CATETER E Sonda			
Cateter Periférico:	Cateter Periférico:	☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ NPT ☐ VO	
Cateter Central:	Cateter Central:	☐ Gavagem ☐ Aberta ☐ Êmese	
Cateter Vesical:	Cateter Vesical:	Evacuações ☐ Presente ☐ Ausente	
SISTEMA NEUROLÓGICO		Fíatos ☐ Presente ☐ Ausente	
☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado		REGULAÇÃO VASCULAR	
☐ Sedado ☐ Torporoso ☐ Comatoso		☐ Normocárdio ☐ Bradicárdio ☐ Taquicárdio	
☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não Reage		Pulso: ☐ Cheio ☐ Filiforme ☐ Rítmico	
PUPILAS		☐ Aritímico	
☐ Mióticas ☐ Midríaticas ☐ Potorreagentes		☐ Normotenso ☐ Hipertenso ☐ Hipotenso	
☐ Não reagentes ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
REGULAÇÃO TÉRMICA		☐ Tenso ☐ Globoso ☐ Distendido	
☐ Hipotérmico ☐ Subfebril _____ °C		☐ Côncavo	
☐ Afebril ☐ Febril _____ °C		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	
OXIGENAÇÃO		☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Colúria	
☐ Eupneico ☐ Bradpneico ☐ Traquipneico		☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Disúria	
☐ Dispneico ☐ Oxigenoterapia ☐ Ar ambiente		☐ Hematuria	
☐ Máscara venturi ☐ Intubação		☐ Cistostomia ☐ Estimulo Medicamentos	
PELE		ÚLCERA POR PRESSÃO	
☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Acianótica		☐ Grau I ☐ Grau II ☐ Grau III	
☐ Cianótica ☐ Ictérica ☐ Anictérica		☐ Grau VI	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
1 - Estado Geral ☒ Regular ☐ Grave	11 - Diurese ☒ Presente ☐ Ausente		
2 - Consciente ☒ Sim ☐ Não	☐ SVD ☐ SVA		
3 - Orientado ☒ Sim ☐ Não	Volume: _____ ml		
4 - Fásico ☒ Sim ☐ Não	Aspecto: _____		
5 - Respiração ☐ O2 ☒ Ar ambiente	12 - Evacuações ☒ Presente ☐ Ausente		
6 - Pele/Mucosas ☒ Normocorada ☐ Cianótica	13 - Curativo ☒ Sim ☐ Não		
☐ Hipocorada ☐ Ictérica	14 - Edema ☐ Sim ☒ Não		
7 - Deambula ☒ Sim ☐ Não	☐ MMSS ☐ MMII		
8 - Dieta ☒ Aceita ☐ Não aceita	15 - Venoclise ☒ MSE ☐ MIE		
☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE	☐ MSD ☐ MID		
9 - Febre ☐ Sim ☒ Não	☐ Jugular ☐ Central		
10 - Sono/repouso ☒ Satisfatório ☐ Insatisfatório	16 - Queixas:		
17 - Exames:			
ANOTAÇÕES			
CONFERE COM O ORIGINAR			
Data: <u>12/03/18</u>			
Assinatura: _____			

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Padrão de Sono Prejudicado	1. () Ajustar o ambiente para promover sono; 2. () Iniciar / Implementar medidas de conforto, com massagem, posicionamento e toque efetivo.
Padrão respiratório ineficaz	1. () Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço; 2. () Registrar movimento torácicos, observando simetria, uso dos músculos acessórios; 3. () Monitorar ocorrência de respiração ruidosa, como sibilos e roncos; 4. () Palpar em busca de expansão pulmonar desigual.
Risco de aspiração	1. () Monitorar o nível de consciência, reflexo de tosse, vômito e capacidade de deglutir; 2. () Posicionar o paciente em decúbito de 90° graus ou o mais alto possível; 3. () Alimentar paciente em pequena quantidade; 4. () Evitar alimentar o paciente se houver grande volume residual; 5. () Manter a cabeceira da cama elevada de 30 a 40 minutos após a refeição.
Constipação	1. () Monitorar os movimentos intestinais, inclusive frequência, constipação, volume e cor 2. () Avaliar o perfil dos medicamentos o quanto a efeitos gastrointestinais; 3. () Monitorar ruídos intestinais.
Eliminações vesical prejudicadas	1. () Monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, constipação, odor, volume e cor 2. () Monitorar surgimento de sinais e sintomas de retenção urinária; 3. () Identificar os fatores que contribuem para episódios de inconsistência; 4. () Inserir sonda vesical, conforme apropriado.
Mobilidade Física	1. () Assistir o paciente na transferência 2. () Evitar o pé em gota; 3. () Realizar os exames terapêuticos.
Risco de integridade da pele prejudicada	1. () Proporcionar higiene íntima sempre que necessário; 2. () Virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada 2 horas; 3. () Estimar o repouso; 4. () Providenciar quarto individual, se necessário.
Risco de infecção	1. () Limitar o número de visitas; 2. () Promover ingestão nutricional adequada; 3. () Estimar o repouso; 4. () Providenciar quarto individual, se necessário; 5. () Manter assepsia para paciente de risco.
Dor aguda Caracterizada	1. () Investigar com o paciente os fatores que aliviam a dor; 2. () Promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio a dor; 3. () Oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante a analgesia prescrita.

SINAIS VITAIS

HORA	T(C°)	FC(bpm)	FR(rpm)	PA(mmHg)	Glicemia(mg/dl)	Responsável
14:15h	36	84	21	120 x 80	—	EST. TUC. 5016 FANIA S. CARVALHO
18:00	36.3			90 x 60		Francimar
20:00	36.4			100 x 60		Francimar

DISPOSITIVO	DIA DE USO	TROCA	Observações:
SNG/SNE			
SVD			
AVP			
AVC			
Dreno			



SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: <u>Isabel Nete</u>	ALA <u>14</u>	APTO	LEITO <u>73</u>	R. MET.
HD: <u>Fx colúmbica</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PREScrição MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
DATA: 11/03/18				
1. DIETA GERAL	SUS		As 9:20 foi realizado	
2. Scalp Salinizado	atuação!		curativo em ferida	
3. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 6H	06		operatoria, sutura	
4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6 h SOS			em MJD, aplicado oles	
5. TILATIL 20 MG EV 12/12 h	<u>12</u>	<u>24</u>	SU	gerador. 6st. fe. sup. univ. 11/3
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS			21	harve. sup. 11/3/18
7. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA				
8. CCGG+SSVV				
9. Keflin 1 g + 10 mL AD EV 6/6h	<u>12</u>	<u>24</u>	06	
10. CAPTOPRIL 25 MG VO 8/8H SOS			SU	
11. ONDRASETRONA 8 MG EV 8/8H SOS			21	
12- Gentamicina 80mg EV 8/15h	<u>06</u>	<u>24</u>	06	

Dr. Carlos Eduardo Bezerra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 5724 / CRM-MA: 9618

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 20/03/18
Funcionário

**FEPISERH**Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ALA B - C**

Nome: <u>André Nêta Guedes Lopes</u>		DHI: <u>9</u>	Data: <u>11/03/18</u>
Idade: <u>33</u>	Sexo: () Masc. (X) Fem.	Enfermaria: <u>C14</u>	Leito: <u>71</u>
Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura exposta Calcâneo E</u>		PA: _____	mmHg
Hipótese Pgressa		TA: _____	°C P: _____ bpm
Queixa Principal:		HGT: _____	mg/dl R: _____ rpm
Alegrias:		SPO2 _____	Peso: _____ Kg
CONTROLE DE CATETER E Sonda		SISTEMA GASTROINTESTINAL	
Cateter Periférico:	Cateter Periférico:	() SNG/SOG () SNE/SOE () NPT () VO	
Cateter Central:	Cateter Central:	() Gavagem () Aberta () Êmese	
Cateter Vesical:	Cateter Vesical:	Evacuações () Presente () Ausente	
SISTEMA NEUROLÓGICO		Flatos () Presente () Ausente	
() Consciente () Orientado () Desorientado		REGULAÇÃO VASCULAR	
() Sedado () Torporoso () Comatoso		() Normocárdio () Bradicárdio () Taquicárdio	
() Agitado () Reage a estímulos () Não Reage		Pulso: () Cheio () Filiforme () Ritmico	
PUPILAS		() Arítmico	
() Mióticas () Midríáticas () Fotorreagentes		() Normotenso () Hipertenso () Hipotenso	
() Não reagentes () Isocóricas () Anisocóricas		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
REGULAÇÃO TÉRMICA		() Tenso () Globoso () Distendido	
() Hipotérmico () Subfebril _____ °C		() Côncavo	
() Afebril () Febril _____ °C		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	
OXIGENAÇÃO		() Espontânea () SVD () Anúria () Colúria	
() Eupneico () Bradpneico () Traupneico		() Poliúria () Oligúria () Disúria	
() Dispneico () Oxigenoterapia () Ar ambiente		() Hematuria	
() Máscara venturi () Intubação		() Cistostomia () Estímulo Medicamentos	
PELE		ÚLCERA POR PRESSÃO	
() Normocorada () Hipocorada () Acianótica		() Grau I () Grau II () Grau III	
() Cianótica () Ictérica () Anictérica		() Grau VI	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		FERIDA OPERATÓRIA	
1 - Estado Geral (X) Regular () Grave		() Limpa e Seca () Secretiva	
2 - Consciente (X) Sim () Não		11 - Diurese (X) Presente () Ausente	
3 - Orientado (X) Sim () Não		() SVD () SVA	
4 - Fásico (X) Sim () Não		Volume: _____ ml	
5 - Respiração () O2 (X) Ar ambiente		Aspecto: _____	
6 - Pele/Mucosas (X) Normocorada () Cianótica		12 - Evacuações (X) Presente () Ausente	
() Hipocorada () Ictérica		13 - Curativo (X) Sim () Não	
7 - Deambula (X) Sim <u>(limpando)</u> () Não		14 - Edema () Sim (X) Não	
8 - Dieta (X) Aceita () Não aceita		() MMSS () MMII	
() SNG/SOG () SNE/SOE		15 - Venóclise (X) MSE () MIE	
9 - Febre () Sim (X) Não		() MSD () MID	
10 - Sono/repouso (X) Satisfatório () Insatisfatório		() Jugular () Central	
		16 - Queixas:	
		17 - Exames:	
ANOTAÇÕES		<u>Hospital Regional Justino Lima</u>	
		<u>CONFERE COM O ORIGINAL</u>	
		<u>26-06-19</u>	
		<u>Funcionário</u>	

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Padrão de Sono Prejudicado	1. () Ajustar o ambiente para promover sono; 2. () Iniciar / Implementar medidas de conforto, com massagem, posicionamento e toque efetivo.
Padrão respiratório ineficaz	1. () Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço; 2. () Registrar movimento torácicos, observando simetria, uso dos músculos acessórios; 3. () Monitorar ocorrência de respiração ruidosa, como sibilos e roncos; 4. () Palpar em busca de expansão pulmonar desigual.
Risco de aspiração	1. () Monitorar o nível de consciência, reflexo de tosse, vômito e capacidade de deglutir; 2. () Posicionar o paciente em decúbito de 90° graus ou o mais alto possível; 3. () Alimentar paciente em pequena quantidade; 4. () Evitar alimentar o paciente se houver grande volume residual, 5. () Manter a cabeceira da cama elevada de 30 a 40 minutos após a refeição.
Constipação	1. () Monitorar os movimentos intestinais, inclusive frequência, constipação, volume e cor 2. () Avaliar o perfil dos medicamentos o quanto a efeitos gastrointestinais; 3. () Monitorar ruídos intestinais.
Eliminações vesical prejudicadas	1. () Monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, constipação, odor, volume e cor 2. () Monitorar surgimento de sinais e sintomas de retenção urinária; 3. () Identificar os fatores que contribuem para episódios de inconsistência; 4. () Inserir sonda vesical, conforme apropriado.
Mobilidade Física	1. () Assistir o paciente na transferência 2. () Evitar o pé em gota; 3. () Realizar os exames terapêuticos.
Risco de integridade da pele prejudicada	1. () Proporcionar higiene íntima sempre que necessário; 2. () Virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada 2 horas; 3. () Estimar o repouso; 4. () Providenciar quarto individual, se necessário.
Risco de infecção	1. () Limitar o número de visitas; 2. () Promover ingestão nutricional adequada; 3. () Estimar o repouso; 4. () Providenciar quarto individual, se necessário; 5. () Manter assepsia para paciente de risco.
Dor aguda Caracterizada	1. () Investigar com o paciente os fatores que aliviam a dor; 2. () Promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio a dor; 3. () Oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante a analgesia prescrita.

SINAIS VITAIS

HORA	T(C°)	FC(bpm)	FR(rpm)	PA(mmHg)	Glicemia(mg/dl)	Responsável
10:00	36,6	62	22	120/80	—	Enf. Tia. Eny. Val.
14:00	36,8			100/60		Enf. Tia. Eny. Val.

DISPOSITIVO	DIA DE USO	TROCA	Observações:
SNG/SNE			
SVD			
AVP			
AVC			
Dreno			

Enfermeiro Responsável

Enf. Tia. Eny. Val.



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME:	ISABEL NEIA			
HD:	Fº CACAU			
	ALA	APTO	LEITO	R. MET.
		14	74	
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA: 10/03/18				
1. DIETA GERAL				
2. Scalp Salinizado				
3. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 6H				
4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6 h SOS				
5. TILATIL 20 MG EV 12/12 h				
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS				
7. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA				
8. CCGG+SSVV				
9. Keflin 1 g + 10 mL AD EV 6/6h				
10. CAPTOPRIL 25 MG VO 8/8H SOS				
11. ONDRASETRONA 8 MG EV 8/8H SOS				
Dr. Kairo Lima Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Quadril CRM-PI 4144 TEOT-14673				

Hospital Regional de Justiça do Piauí
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 10/03/18
Assinatura: [Assinatura]

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva 184 - CEP: 64.601-391-Picos - PI.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Nome: <u>Isabel Alina Cuides Lopes</u>		DHI: _____	Data: <u>10/03/18</u>
Idade: <u>33</u> Sexo: () Masc. (X) Fem.		Enfermaria: <u>C.34</u>	Leito: <u>71</u>
Hipótese Diagnóstica: _____		PA: _____ mmHg	
História Progressiva: _____		TA: _____ °C	P: _____ bpm
		HGT: _____ mg/dl	R: _____ rpm
Queixa Principal: _____		SPO2 _____	Peso: _____ Kg
Alegrias: _____			
CONTROLE DE CATETER E Sonda		SISTEMA GASTROINTESTINAL	
Cateter Periférico: _____	Cateter Periférico: _____	() SNG/SOG () SNE/SOE () NPT () VO	
Cateter Central: _____	Cateter Central: _____	() Gavage () Aberta () Êmese	
Cateter Vesical: _____	Cateter Vesical: _____	Evacuações () Presente () Ausente	
SISTEMA NEUROLÓGICO		Flatos () Presente () Ausente	
() Consciente () Orientado () Desorientado		REGULAÇÃO VASCULAR	
() Sedado () Torporoso () Comatoso		() Normocárdio () Bradicárdio () Taquicárdio	
() Agitado () Reage a estímulos () Não Reage		Pulso: () Cheio () Filiforme () Rítmico	
		() Arritmico	
PUPILAS		() Normotenso () Hipertenso () Hipotenso	
() Mióticas () Midriáticas () Fotorreagentes		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Não reagentes () Isocóricas () Anisocóricas		() Tenso () Globoso () Distendido	
		() Côncavo	
REGULAÇÃO TÉRMICA		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	
() Hipotérmico () Subfebril _____ °C		() Espontânea () SVD () Anúria () Colúria	
() Afebril () Febril _____ °C		() Poliúria () Oligúria () Disúria	
		() Hematúria	
OXIGENAÇÃO		() Cistostomia () Estimulo Medicamentos	
() Eupneico () Bradpneico () Traquipneico		ÚLCERA POR PRESSÃO	
() Dispneico () Oxigenoterapia () Ambiente		() Grau I () Grau II () Grau III	
() Máscara venturi () Intubação		() Grau VI	
PELE		FERIDA OPERATÓRIA	
() Normocorada () Hipocorada () Acianótica		() Limpa e seca () Secretiva	
() Cianótica () Ictérica () Anictérica			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
1 - Estado Geral (X) Regular () Grave		11 - Diurese (X) Presente () Ausente	
2 - Consciente (X) Sim () Não		() SVD () SVA	
3 - Orientado (X) Sim () Não		Volume: _____ ml	
		Aspecto: _____	
4 - Fásico (X) Sim () Não		12 - Evacuações (X) Presente () Ausente	
5 - Respiração () O2 (X) Ambiente		13 - Curativo (X) Sim () Não	
6 - Pele/Mucosas (X) Normocorada () Cianótica		14 - Edema () Sim (X) Não	
() Hipocorada () Ictérica		() MMSS () MMII	
7 - Deambula (X) Sim () Não		15 - Venoclise (X) MSE () MIE	
8 - Dieta (X) Aceita () Não aceita		() MSD () MID	
() SNG/SOG () SNE/SOE		() Jugular () Central	
9 - Febre () Sim (X) Não		16 - Queixas: _____	
10 - Sono/repos (X) Satisfatório () Insatisfatório		17 - Exames: _____	
ANOTAÇÕES			
Hospital Regional Justino Luz			
COLETA DE DADOS			
Data <u>26/06/18</u>			
<u>[Assinatura]</u>			

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Padrão de Sono Prejudicado	1. () Ajustar o ambiente para promover sono 2. () Iniciar/ implementar medidas de conforto, como massagem, posicionamento e toque efetivo
Padrão respiratório ineficaz	1. () Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço 2. () Registrar movimento torácicos, observando simetria, uso dos músculos acessórios 3. () Monitorar ocorrência de respiração ruidosa, como sibilos e roncos 4. () Palpar em busca de expansão pulmonar desigual
Risco de aspiração	1. () Monitorar o nível de consciência, reflexo de tosse, vômito e capacidade de deglutir 2. () Posicionar o paciente em decúbito de 90° graus ou o mais alto possível 3. () Alimentar paciente em pequena quantidade 4. () Evitar alimentar o paciente se houver grande volume residual 5. () Manter a cabeceira da cama elevada de 30 a 40 minutos após a refeição
Constipação	1. () Monitorar os movimentos intestinais, inclusive frequência, constipação, volume e cor 2. () Avaliar o perfil dos medicamentos o quanto a efeitos gastrointestinais 3. () Monitorar ruídos intestinais
Eliminações vesical prejudicadas	1. () Monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, consistência, odor, volume e cor 2. () Monitorar surgimento de sinais e sintomas de retenção urinária 3. () Identificar os fatores que contribuem para episódios de inconsistência 4. () Inserir sonda vesical, conforme apropriado
Mobilidade Física	1. () Assistir o paciente na transferência 2. () Evitar o pé em gota 3. () Realizar os exames terapêuticos
Risco de integridade da pele prejudicada	1. () Proporcionar higiene íntima sempre que necessário 2. () Virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada 2 horas 3. () Estimular o repouso 4. () Providenciar quarto individual, se necessário
Risco de infecção	1. () Limitar o número de visitas 2. () Promover ingestão nutricional adequada 3. () Estimular o repouso 4. () Providenciar quarto individual, se necessário 5. () Manter assepsia para paciente de risco
Dor aguda Caracterizada	1. () Investigar com o paciente os fatores que aliviam a dor 2. () Promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio a dor 3. () Oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante a analgesia prescrita

Sinais Vitais						
HORA	T(C°)	FC(bpm)	FR(rpm)	PA (mmHg)	Glicemia (mg/dl)	Responsável
15:44h	37,5	62	17	120/70	-	Est. Fel. End. Beraliz 3/11/20

DISPOSITIVO	DIA DE USO	TROCA	Observações:
SNG/SNE			
SVD			
AVP			
AVC			
Dreno			

Enfermeiro Responsável _____

NOME:

HD: *F. J. Valenzuela*

$$\overline{ALA \bar{C}}$$

APTO

04

LETO

102

R. MET.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 09/03/18

1. DIETA LIVRE

2. SCALP SALINIZADO

3. DIPIRONA 1 G AMP IV 6/6 HORAS

4. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06:00 HORAS

6,CCGG + SSVV

7- CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP VO 8/8 H SE PAS MAIOR 160
MMHG E/OU PAD MAIOR 110 MMHG

8-TRAMADOL 100MG + SF 0,9 % 100 ML EV 8/8 HORAS S/N 610	
---	--

~~9-FISIOTERAPIA MOTORA~~

10-TILATIL40MG +AD EV DE 12/12H S/N

11-ONDRASETRONA 8 MG + AD EV 8/8H S/N

12-CEFALOTINA 1G + AD EV 6/6H

7-21-1938

Page No. 103

**FEPISERH**Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ALA B - C**

Nome: <u>Isabel Maria Guedes Lopes</u>		DHI:	Data: <u>09/03/18</u>	
Idade: <u>33</u>	Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem.	Enfermaria: <u>84</u>	Leito: <u>71</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura Exposta calcâneo E</u>		PA: <u>130 x 80</u> mmHg		
Hipótese Progressiva		TA: <u>87,2</u> °C	P: bpm	
Queixa Principal:		HGT: mg/dl	R: rpm	
Alegrias:		SPO2	Peso: Kg	
CONTROLE DE CATETER E Sonda				
Cateter Periférico:	Cateter Periférico:	☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ NPT ☒ VO		
Cateter Central:	Cateter Central:	☐ Gavagem ☐ Aberta ☐ Êmese		
Cateter Vesical:	Cateter Vesical:	Evacuações ☒ Presente ☐ Ausente		
SISTEMA NEUROLÓGICO		Fatos ☒ Presente ☐ Ausente		
☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado	REGULAÇÃO VASCULAR			
☐ Sedado ☐ Torporoso ☐ Comatoso	☒ Normocárdio ☐ Bradicárdio ☐ Taquicárdio			
☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não Reage	Pulso: ☒ Cheio ☐ Filiforme ☒ Rítmico			
PUPILAS		☒ Normotenso ☐ Hipertenso ☐ Hipotenso		
☐ Mióticas ☐ Midríáticas ☒ Fotorreagentes	REGULAÇÃO ABDOMINAL			
☐ Não reagentes ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas	☐ Tenso ☒ Glabro ☐ Distendido			
REGULAÇÃO TÉRMICA		☐ Côncavo		
☐ Hipotérmico ☐ Subfebril _____ °C	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
☐ Afebril ☐ Febril _____ °C	☒ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Colúria			
OXIGENAÇÃO		☐ Polúria ☐ Oligúria ☐ Disúria		
☒ Eupnéico ☐ Bradpneico ☐ Traquípnico	☐ Hematuria			
☐ Dispneico ☐ Oxigenoterapia ☒ Ar ambiente	☐ Cistostomia ☐ Estimulo Medicamentos			
☐ Máscara venturi ☐ Intubação	ÚLCERA POR PRESSÃO			
PELE		☐ Grau I ☐ Grau II ☐ Grau III		
☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Acianótica	☐ Grau VI			
☐ Cianótica ☐ Ictérica ☐ Anictérica	FERIDA OPERATÓRIA			
☐ Limpa e Seca ☐ Secretiva				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM				
1 - Estado Geral ☒ Regular ☐ Grave	11 - Diurese ☒ Presente ☐ Ausente			
2 - Consciente ☒ Sim ☐ Não	☐ SVD ☐ SVA			
3 - Orientado ☒ Sim ☐ Não	Volume: _____ ml			
4 - Fásico ☒ Sim ☐ Não	Aspecto: _____			
5 - Respiração ☐ O2 ☒ Ar ambiente	12 - Evacuações ☒ Presente ☐ Ausente			
6 - Pele/Mucosas ☒ Normocorada ☐ Cianótica	13 - Curativo ☒ Sim ☐ Não			
☐ Hipocorada ☐ Ictérica	14 - Edema ☐ Sim ☒ Não			
7 - Deambula ☐ Sim ☒ Não	☐ MMSS ☐ MMII			
8 - Dieta ☒ Aceita ☐ Não aceita	15 - Venoclise ☒ MSE ☐ MIE			
☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE	☐ MSD ☐ MID			
9 - Febre ☐ Sim ☒ Não	☐ Jugular ☐ Central			
10 - Sono/repouso ☒ Satisfatório ☐ Insatisfatório	16 - Queixas:			
17 - Exames:				
ANOTAÇÕES				
Data: <u>26/08/19</u>				
Assinatura: _____				

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

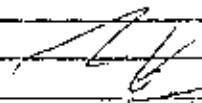
Padrão de Sono Prejudicado	1. () Ajustar o ambiente para promover sono; 2. () Iniciar / Implementar medidas de conforto, com massagem, posicionamento e toque efetivo.
Padrão respiratório ineficaz	1. () Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço; 2. () Registrar movimento torácicos, observando simetria, uso dos músculos acessórios; 3. () Monitorar ocorrência de respiração ruidosa, como sibilos e roncos; 4. () Palpar em busca de expansão pulmonar desigual.
Risco de aspiração	1. () Monitorar o nível de consciência, reflexo de tosse, vômito e capacidade de deglutir; 2. () Posicionar o paciente em decúbito de 90º graus ou o mais alto possível; 3. () Alimentar paciente em pequena quantidade; 4. () Evitar alimentar o paciente se houver grande volume residual. 5. () Manter a cabeceira da cama elevada de 30 a 40 minutos após a refeição.
Constipação	1. () Monitorar os movimentos intestinais, inclusive frequência, constipação, volume e cor 2. () Avaliar o perfil dos medicamentos o quanto a efeitos gastrointestinais; 3. () Monitorar ruídos intestinais.
Eliminações vesical prejudicadas	1. () Monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, constipação, odor, volume e cor 2. () Monitorar surgimento de sinais e sintomas de retenção urinária; 3. () Identificar os fatores que contribuem para episódios de inconsistência; 4. () Inserir sonda vesical, conforme apropriado.
Mobilidade Física	1. () Assistir o paciente na transferência 2. () Evitar o pé em gota; 3. () Realizar os exames terapêuticos.
Risco de integridade da pele prejudicada	1. () Proporcionar higiene íntima sempre que necessário; 2. () Virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada 2 horas; 3. () Estimar o repouso; 4. () Providenciar quarto individual, se necessário.
Risco de infecção	1. () Limitar o número de visitas; 2. () Promover ingestão nutricional adequada; 3. () Estimar o repouso; 4. () Providenciar quarto individual, se necessário; 5. () Manter assepsia para paciente de risco.
Dor aguda Caracterizada	1. () Investigar com o paciente os fatores que aliviam a dor; 2. () Promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio a dor; 3. () Oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante a analgesia prescrita.

SINAIS VITAIS

HORA	T(C°)	FC(bpm)	FR(rpm)	PA(mmHg)	Glicemia(mg/dl)	Responsável
900	37,2			100x80		21/04/2019
1900	36,2			130x80		8/04/2019

DISPOSITIVO	DIA DE USO	TROCA	Observações:
SNG/SNE			
SVD			
AVP			
AVC			
Dreno			

Enfermeiro Responsável _____

NOME: Isabel Costa Guedes	ALA c14	APTO	LEITO 71	R. MET.
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
HD: F. de C. Gomes (Tutor)	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA: 08/03/2018				
1. DIETA LIVRE	S/N		M. 3:00 hrs. paciente frequentando + troca da lincaal segue sob cuidados da M. R. S. S. S. S. S.	
2. SCALP SALINIZADO	Atenção			
3. OMEPRAZOL 40 MG VO ÀS 6:00h	S/N			
4. DIPIRONA 500MG + AD EV 6/6h	1/2 1/2 2/4 4/6			
5. TILATIL 40 MG EV 12/12 h S/N	S/N			
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 S/N	S/N			
7. ONDANSETRONA 8 mg EV 8/8H S/N	S/N			
8. SSVV + CCGG				
9. Cefalotina 1g + AD, 3U, 6/6h	1/2 1/2 2/4 4/6			
10. Clonazepam 0,5 mg + AD, 3U, 8/8h	1/2 1/2 2/4 4/6			
 Ronaldo Cortez Barros COORDENADOR DE ENFERMAGEM - DORISIA (031) 375 501 - 142-06				