

---

**Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200101788**

**Vítima: RICARDO FRANCISCO DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RICARDO FRANCISCO DA SILVA**

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, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200101788

Vítima: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 11/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RICARDO FRANCISCO DA SILVA

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002546

Conta: 0000022419-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
091.797.564-25 RICARDO FRANCISCO DA SILVA

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

5 - Nome completo: RICARDO FRANCISCO DA SILVA 6 - CPF: 091.797.564-25

7 - Profissão: AUX. DE SERVIÇOS 8 - Endereço: RUA SÍTIO BOM JESUS 9 - Número: 300 10 - Complemento: CASA # A

11 - Bairro: FORNO DA CAL 12 - Cidade: ITAMARACÁ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.900-000

15 - E-mail: ballrinospe@hotmail.com/81/999441105 16 - Tel.(DDD): (81) 3538-0069

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2546 CONTA: 00022419 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



580584

001-0081097/20  
320010178

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 030ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMARACÁ - DP30ªCIRC  
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0120000072

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/01/2020 às 14:21

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 11/5/2019 às 18:50

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAMARACA, 1 - Bairro: POÇO DO COBRE - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO COLÉGIO.**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
RICARDO FRANCISCO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**RICARDO FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUZINETE JOSEFA DA CONCEIÇÃO** Pai: **SEVERINO FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/1/1990** Naturalidade: **ITAMARACA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7777307/SDS/PE (RG). 09179756425 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 983075261**

Residencial: **RUA BOM JESUS, 55. - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE ITAMARACA, 1 - CEP: 0 - Bairro: FORNO DA CAL - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**VEÍCULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**O SR. RICARDO FRANCISCO INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/FAN, VERMELHA, PLACA**



KFF 2731, NO SENTIDO FORTE ORANGE, QUANDO NA PE-35, BAIRRO DO POÇO DO COBRE, PRÓXIMO AO COLÉGIO UM OUTRO VEÍCULO FIAT/BRANCO, EM SENTIDO OPOSTO, AO FAZER UMA ULTRAPASSAGEM, SAINDO DA SUA VIA E INVADINDO A OUTRA, PROVOCOU A COLISÃO ENTRE OS DOIS VEÍCULOS VITIMANDO O SR. RICARDO FRANCISCO O QUAL SEGUNDO DECLARAÇÃO DA EQUIPE DO SAMU (OCORRÊNCIA: S:626597) APRESENTAVA FRATURA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. EM SEGUIDA, ELE FOI CONDUZIDO AO HOSPITAL MIGUEL ARRAES (ATENDIMENTO: 477203).

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**RICARDO FRANCISCO DA SILVA**

(VITIMA)

*Ricardo Francisco da Silva*

B.O. registrado por: **BRIVALDO GOMES DE OLIVIERA** - Matrícula: 208515-1

*[Assinatura]*

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
091.797.564-25 RICARDO FRANCISCO DA SILVA

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

5 - Nome completo: RICARDO FRANCISCO DA SILVA 6 - CPF: 091.797.564-25

7 - Profissão: AUX. DE SERVIÇOS 8 - Endereço: RUA SÍTIO BOM JESUS 9 - Número: 300 10 - Complemento: CASA # A

11 - Bairro: Forno da Cal 12 - Cidade: ITAMARACÁ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.900-000

15 - E-mail: ballrinospe@hotmail.com/81/999441105 16 - Tel.(DDD): (81) 3538-0069

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2546 CONTA: 00022419 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02546

CONTA: 000000022419-3

---

Nr. da Autenticação DE4324107BD223A3



## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO**  
ALJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-93



**CELPE**

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de  
COMERCIAL 116 | PRONTI  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 :  
Ouvidoria 0800 :  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone  
Agência Nacional de Energia Elétrica  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e

## DADOS DO CLIENTE

JOSEFA AMARO DA SILVA

CPF: 799.198.344-68

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI BOM JESUS 300 A

FORNO DA CAL/FORNO DA CAL  
53900-000 ITAMARACA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

## DATA DE VENCIMENTO

**22/01/2020**

TOTAL A PAGAR (R\$)

**21,47**

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

15/01/2020

## DATA DA APRESENTAÇÃO

15/01/2020

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

092829990

## CONTA CONTRATO

007003379676

## Nº DO CLIENTE

2001139348

## Nº DA INSTALAÇÃO

0001473029

## CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico**

## RESERVADO AO FISCO

92FA.64E6.938A.223B.214F.B198.7516.B607

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	30,00	0,31424960	9,42
Consumo Ativo(kWh)-TE	30,00	0,26429699	7,92
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,42
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,76
Multa por atraso-NF 088923936 - 18/12/19			0,36
Juros por atraso-NF 088923936 - 18/12/19			0,04
Atualização IGPM-NF 088923936 - 18/12/19			0,06
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8969			1,50
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>21,47</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	17,76	0,90	0,16	17,76	4,15	0,73

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,29838000  
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,20095000

## HISTÓRICO DO CONSUMO

JAN 20	
DEZ 19	
NOV 19	
OUT 19	
SET 19	
AGO 19	
JUL 19	
JUN 19	
MAY 19	
ABR 19	
MAR 19	
FEV 19	
JAN 19	

Faturado pelo mínimo da fase  
- Custo de Disponibilidade,  
Artigo 98, Resolução ANEEL  
414/2010.

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		NP DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000030136535	CAT	18/12/2019	5.994,00	15/01/2020	6.018,00	28	1,00000	0,00	24,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/02/2020

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM
nov/2019				
DIC-No.de horas sem Energia	ITAMARACA	0,52	5,87	10,15
FIG-No.de vezes sem Energia		2,00	2,36	6,72
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,36	2,66	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICR: 12,22
BIBO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 6,96				
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIG, DMIC e DICR a qualquer				

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: ag correios Itamaraju: avenida joao pessoa guerra baixa verde / padaria flor da chapada: rod pe 01 420 forte orangeLista completa em www.celpe.com.br.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pago. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês

isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ATENÇÃO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO  
 ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE  
 ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRICULA: 103668667 2out/2020  
 R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170  
 INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO DO LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	RESIDUAL	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1	1		
INSCRIÇÃO: A175274252	DATA DE INSCRIÇÃO: 30/12/2019	DATA DE INSCRIÇÃO: 28/01/2020	DATA DE INSCRIÇÃO: 28/01/2020	DATA DE INSCRIÇÃO: 28/01/2020	DATA DE INSCRIÇÃO: 28/01/2020

ÁGUA:  
 LEIT ANT: 4 CONSUMO: 1  
 LEIT ATU: 5  
 LEIT FAT: 5

#### HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATEND. A LEGIS
12/2019 01	TURBIDEZ			
11/2019 01	COR APARENTE			
10/2019 01	CLORO RESIDUAL			
09/2019 01	COLIF. TOTAIS			
08/2019 01	E. COLI			
07/2019 01				
MEDIA: 01				

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)  
 OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	64,84
MULTA P/IMPONTUALIDADE 12/2019		2,57

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR (R\$)
ISS	108,92	1,65	1,80
ICMS	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/02/2020 TOTAL A PAGAR: 111,49

MENSAGEM:  
 IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 112,07. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ricardo Francisco da Silva  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.797.564-25, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima  
Ricardo Francisco da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.797.564-25  
conforme determinação da Circular Susep 445/12:

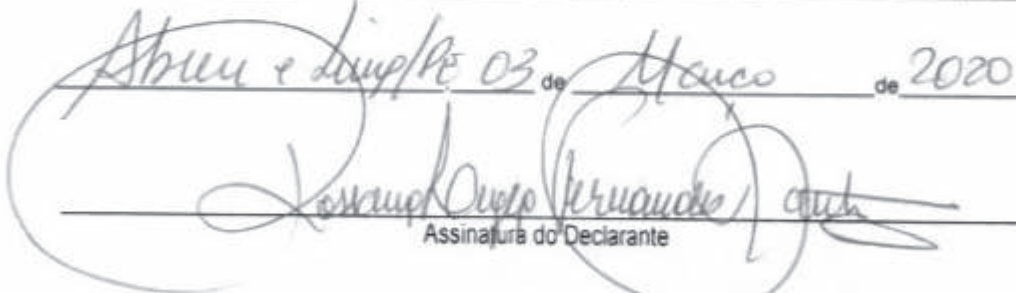
☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <b>AVENIDA JOAQUIM NABUCO</b>		Número <b>200</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>TIMBÓ</b>	Cidade <b>ABREU E LIMA</b>	Estado <b>PE</b>	CEP <b>53520170</b>
Email: <b>balbinospe@hotmail.com</b>		Telefone Comercial (DDD) <b>(81) 3538.0069</b>	Telefone celular (DDD) <b>(81) 98721.5834</b>

Abreu e Lima/PE 03 de Maio de 2020  
  
Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, CLIMÉRIO GUTENBERG SILVA DE OLIVEIRA,

RG nº 1.124.071 - SDS/PE, data de expedição 03/10/28

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 127 990 924-20

com domicílio na cidade de ITANAMARA, no Estado de

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

RUA BOA FÉ, nº 510

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

RICARDO FRANCISCO DA SILVA, cujo o condutor era

RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/RS 150 NINJA Ano: 2005

Placa: KFF 2731 Chassi: 9E2KE08505RD35664

Data do Acidente: 11/05/2019

Local e Data: ILHA DE ITANAMARA/PE 10.12.2019

by-puf. Pol  
Assinatura do Declarante

Ricardo Francisco da Silva  
Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO EDÍSIO UCHOA - Edício Uchoa Cavalcanti - 1.º

R. João Pessoa, 228 - 1.º andar - Recife - PE - CEP: 51010-000

Reconheço por autenticidade: CLIMÉRIO GUTENBERG SILVA DE OLIVEIRA, do 16. 11. de Itanamará/PE, 10/12/2019 às 14:33 em 1stª de verdade

DJANE REGINA AMORIM DO NASCIMENTO

BEZERRA, (SUBSTITUTO(A)).

Enrol.: R\$ 1,59 TSMR: R\$ 0,00 FERC: R\$ 0,40 ISS: R\$ 0,00 FERR: R\$ 0,04

FUNSD: R\$ 0,08 Total: R\$ 4,79. Selo Digital:

0076951.VIN11201901.0C145. Consulte autenticidade em

<http://www.tjpe.jus.br/validadigital>

CARTÓRIO EDÍSIO UCHOA - Edício Uchoa Cavalcanti - 1.º

R. João Pessoa, 228 - 1.º andar - Recife - PE - CEP: 51010-000

Reconheço por autenticidade: RICARDO FRANCISCO DA SILVA, do 16. 11. de Itanamará/PE, 10/12/2019 às 14:35 em 1stª de verdade

DJANE REGINA AMORIM DO NASCIMENTO

BEZERRA, (SUBSTITUTO(A)).

Enrol.: R\$ 2,38 TSMR: R\$ 0,00 FERC: R\$ 0,43 ISS: R\$ 0,00 FERR: R\$ 0,04

FUNSD: R\$ 0,08 Total: R\$ 4,79. Selo Digital:

0076951.VPL11201901.0C147. Consulte autenticidade em

<http://www.tjpe.jus.br/validadigital>



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ILHA DE ITAMARACÁ**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

Ilha de Itamaracá 16, de Julho de 2019

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que, **RICARDO FRANCISCO DA SILVA** foi atendido pelo **SAMU ILHA DE ITAMARACÁ** com o **CPF:091.797.564-25** e **Identidade:7.777.307** idade: 29 anos, foi atendida na data 11 de Maio de 2019 às 18:50 ocorrência: S.626597 local de ocorrência: PE 35, Alto do Ceu , colisão moto com carro , vitima sem capacete no local com Fratura Fechada no Membro Inferior direito com exposição óssea em corte profundo com perca de tecido . Sinais vitais: consciente, PA: 110\*80 SAT:98% FC:12 FR: 94.

**Encaminhado Hospital Miguel Arraes.**

**Marcia Gonzaga de Oliveira**  
**Coordenadora do SAMU ILHA DE ITAMARACÁ**

*Marcia Gonzaga de Oliveira*  
Coord. Geral do SAMU  
Ilha de Itamaracá  
COREN-PE 342 553









HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 477203

Senha da Classificação:

0034

Data e Hora: 11/05/2019 20:19

Paciente: 125580 RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 15/01/1990 Idade: 29 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: SITIO BOM JESUS

Bairro: BAIXA VERDE

Cidade/UF: ILHA DE ITAMARACA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTORVEICULO HA 2 EM TABULEIRO  
PL SATURN; COM DTA DE DOR EM MED: SI 4-7-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-





# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	RICARDO FRANCISCO DA SILVA			6 - Nº Prontuário	125580
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
706808213354121	15/01/1990	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	12 - Telefone de Contato	8193075261
11 - Nome da Mãe	LUZINETE AMARO DA CONCEICAO			14 - Telefone de Contato	
13 - Nome Responsável	SILVANIA				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	SITIO BOM JESUS, - BAIXA VERDE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ILHA DE ITAMARACA	260760	PE	53900000		

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
ENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO HA +- 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU COM QUEIXAS DE DORES EM MID E DIFICULDADE A EXTENSÃO DO JO  
EF: LOTE AAA EUPNEICO NORMOCORADO

21 - Condições que justificam a internação  
CIDADAS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
ANAMNESE + EXAME FISICO + RADIOGRAFIAS

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA ROTULA [PATELA]	S820 S812	W199 V239	030106007-1

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
	0415020069

## PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) de Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	980016278457533
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	16339
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	12/05/2019		

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência	( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado		

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
( ) CNS ( ) CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

Dr. Fabiano Althaydes  
Médico Ortopedista  
CRM 19863 - 2501 12551

AIH  
261910217322-6

Código do Laudo: 477203



**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 12/05/2019

Hora.....: 03:24

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 56506 Sala : 0003 SALA 03  
Paciente : 125580 RICARDO FRANCISCO DA SILVA Atendimento : 477203  
Convênio Atend. : 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA Carteira :  
Leito : 793 VERMELHO EXTRA-30 Idade : 29 Anos  
Dt. Início : 12/05/2019 01:45 Dt. Fim : 12/05/2019 03:00  
Cid Pré-Operatório : S820 FRATURA DA ROTULA [PATELA]  
Cid Pós-Operatório : -

**Procedimento**

Procedimento: Procedimento não Informado (PRINCIPAL)  
Convênio: 002 SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Anestesia:

**Equipe Médica**

CIRURGIAO 17178 MARIO ALVES DA COSTA JUNIOR  
ANESTESISTA 24759 RICARDO DUARTE PIMENTEL

**Descrição****Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: EXTENSO FERIMENTO JOELHO DIR + LESÃO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR DIREITO  
INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURAS DE EXTENSOS FERIMENTOS  
OPERADOR: DR. MARIO ALVES  
1º AUXILIAR: DR. IAN BUSTORF  
2º AUXILIAR: DR. IAN LACERDA  
ANESTESISTA: DR. RICARDO DUARTE

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
  2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
  3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
  4. ABORDAGEM DAS FERIDAS NA FACE ANTERIOR DO JOELHO DIR, VERIFICAMOS GRANDE CONTAMINAÇÃO
  5. DESBRIDAMENTO DE BORDOS DAS FERIDAS + TECIDOS DESVITALIZADOS  
VERIFICAMOS LESÃO DO TENDÃO PATELAR E LESÃO DE VENTRE MUSCULAR DE GASTROCNEMIO  
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
  6. SUTURA DA PELE COM NYLON 2-0
  11. CURATIVO
- DISCUTIDO CASO COM STAFF DR MARIO ALVES QUE INDICOU 2 TEMPO CIRURGICO PARA ABORDAGEM DE TENDÃO PATELAR E VENTRE MUSCULAR DE GASTROCNEMIO

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**

FATURADO  
06/06/19  
CLAUDEVAN SOUSA  
FATURISTA

DR(A) : MARIO ALVES DA COSTA JUNIOR  
CRM : 17178



**SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR**

NOME: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

REG: 125580

IDADE: 29

SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO 11/05/19

DATA DA ALTA 12/05/19

SOLICITO TRANSPORTE HOSPITALAR PARA TRANSFERENCIA DO PACIENTE ACIMA CITADO PARA O HOSPITAL OSCAR COUTINHO NO IMIP PARA SEGUIMENTO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE LESÃO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO DIREITO  
ORIENTAÇÕES DR MARIO ALVES

  
Dr. Mario Alves  
CRM 12.558

  
Dr. Mario Alves  
CRM 12.558

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





I-4

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

REG: 125580

IDADE: 29

SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO 11/05/19

DATA DA ALTA 12/05/19

DIAGNÓSTICO: LESÃO DO TENDÃO PATELAR DIREITO

**TRATAMENTO REALIZADO:**

12/05/19 – DEBRIDAMENTO CIRURGICO + LIMPEZA CIRURGICA + SUTURA

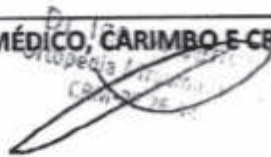
**ORIENTAÇÃO:**

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA (ANTIBIÓTICO/PROFILAXIA + ANALGESIA)
- TRANSFIRO PACIENTE AP IMIP PARA SER SUBMETIDO A RECONSTRUÇÃO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO DIREITO COM ORIENTAÇÕES DE DR MARIO ALVES -12/05/19

---

TRANSFIRO PACIENTE AO IMIP PARA SEGUIMENTO DE TRATAMENTO CIRURGICO COM GRUPO JOELHO  
ORIENTAÇÕES DR MARIO ALVES

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



## DADOS DO PACIENTE

Paciente: **RICARDO FRANCISCO DA SILVA** Prontuário: 125580  
Idade: 29a 3m 26d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 15/01/1990  
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 53900000  
R.G.: C.P.F.: - BAIXA VERDE - ILHA DE ITAMARACA - PE  
Endereço: SÍTIO BOM JESUS  
**Dados da Internação**  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 12/05/2019 00:43  
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO - EXTRA 008  
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:  
Endereço: - Número: OLIVEIRA SOUSA  
Telefone: Cidade: Estado civil: *End*

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 12/05/19 Hora da Alta: \_\_\_\_\_  
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☒ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão  
Condições de Alta: Bom tempo de alta  
Diagnóstico Principal.....: Lesão no osso da perna direita  
Diagnóstico Secundário01.: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Secundário02.: \_\_\_\_\_  
Procedimento.....: Limpeza da ferida e debridamento da mesma  
Sutura  
Médico e CRM: \_\_\_\_\_  
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*Ricardo*

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



DATA/HORA	
12/5/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO HA +- 2 HORAS , TRAZIDO PELO SAMU COM QUEIXAS DE DORES EM MID E DIFICULDADE A EXTENSAO DO DO MID, EF: LOTE AAA EUPNEICO MID: EDEMA (++/4) LIMITAÇÃO A EXTENSAO DO MEMBRO HD : LESÃO DO MECANISMO EXTENSOR DE JOELHO DIREITO CD: INTERNAMENTO , AO BLOCO CIRURGICO
17/05/14	#Sexta
08:40	(H) Lesão Menisco Anterior / Dif. de D.D. 2C+DC + lesão Paciente Estável, sem alterações F.O. sem alterações. (C) Permeado com lesão na Alça que provoca dor para I.M.D. Para o tratamento de Tratamento Urgente do Lesão do mecanismo extensor Joelho (D)

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 477203      Prontuário: 125580      SAME: 112340      Hora Atend: 20:19      Data Atend: 11/05/2019  
Paciente..... : RICARDO FRANCISCO DA SILVA      Idade: 29 a  
Endereço..... : SÍTIO BOM JESUS  
Bairro..... : BAIXA VERDE  
Cidade..... : ILHA DE ITAMARACA      UF.: PE      CEP: 53900000  
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA      Plano.: PLANO UNICO  
CID Principal..... : -  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Data Saída..... : 12/05/2019      Hora Saída : 00:42

Prestador da Evolução Médica:	SORMANE DE CARVALHO BRITTO
-------------------------------	----------------------------

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339  
CIRURGIA GERAL



Atendimento: 477215

Dt Atendimento: 12/05/2019 - 00:43

Dt Alta: 12/05/2019 - 10:57

Paciente: 125580 RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 339 VERMELHO - EXTRA 008

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 44 TRANSFERENCIA EXTERNA

Usuário: HANNESSAKCCA

CID:

Procedimento de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

TRANSFERIDO PARA O IMIP

HANNESSA KATTIANA COSDEM CORREIA DE ARAU

**Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais**

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

**5496619**

5496619 - RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Dt Nasc.: 15/01/1990    CNS: 706808213354121  
Mãe . . . : LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO  
Dt Cadastro: 12/05/2019

PRONTUÁRIO ÚNICO

# PRONTUÁRIO MÉDICO



## COMPLEXO HOSPITALAR DO IMIP

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira - IMIP

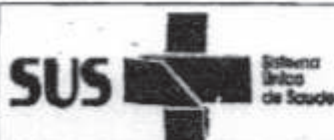
Fundação Prof. Martiniano Fernandes  
IMIP Hospitalar

**5496619**

5496619 - RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Dt Nasc.: 15/01/1990    CNS: 706808213354121  
Mãe . . . : LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO  
Dt Cadastro: 12/05/2019

PRONTUÁRIO ÚNICO



**COMPLEXO HOSPITALAR IMIP**

Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.968.301/0001-29

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1-Nome do Estabelecimento Solicitante INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP	2-CNES 0000434
3-Nome do Estabelecimento Executante INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP	4-CNES 0000434

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt.Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Nasc: 15/01/1990

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I LOOE

Leito: 2791

CNS: 706808213354121

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO****17-PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

trauma em membro direito  
após queda de moto  
com limitação de movimento

**18-CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

CITADAS ACIMA

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

Amplitude de movimento

**20-DIAGNÓSTICO INICIAL**

LESÃO MEXILHAR  
e fratura da mandíbula

**21-CID 10 PRINCIPAL**

S76.1

**22-CID 10 SECUNDÁRIO****23-CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS****24-DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

Internamento Hospitalar

**25-CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**

0131031091013116

**26-CLÍNICA**

IMIP

**27-CARÁTER DA INTERNAÇÃO**

Urgente

**28-DOCUMENTO**

1) CNS 2) CPF

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

01512121912141614161111

**30-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE**

Arturiano Lacerda

**31-DATA DA SOLICITAÇÃO**

12/05/19

**32-ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO**

Dr. Ian Lacerda  
CRM-PB 9824

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)****33- ) ACIDENTE DE TRÂNSITO****34- ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO****35- ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO****36 - CNPJ DA SEGURADORA****37-Nº DO BILHETE****38-SÉRIE****39 - CNPJ EMPRESA****40-CNAE DA EMPRESA****41-CBOR****42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA**

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO****43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR****44- COD.ÓRGÃO EMISSOR****49-Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****45 - DOCUMENTO**

( ) CNS ( ) CPF

**46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR**

11111111111111111111

**47-DATA DA AUTORIZAÇÃO****48-ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO**

Médico Autorizador de Laudos

Dr. José Ivan de Oliveira

CRM 1156 - CPF: 000.231.164-04

AIH

261910310993-1



## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-84

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Eu, \_\_\_\_\_

Responsável por:

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt. Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Nasc: 15/01/1990

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Leito: 2791

CNS: 706808213354121

Internado (a) no (a) INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

declaro assumir integralmente a responsabilidade legal pela autorização do procedimento cirúrgico proposto, tendo pleno conhecimento dos possíveis riscos existentes, inclusive de vida, sequelas e o de infecção hospitalar, de acordo com padrões técnicos aceitáveis. Declaro, ainda, que fui amplamente informado(a) sobre o procedimento e todas as dúvidas detalhadamente esclarecidas por profissional médico desta instituição, apresentando plena concordância à intervenção cirúrgica proposta abaixo citada.

Estou ciente de ser o IMIP um Hospital de Ensino que desenvolve Programas de Residência Médica e de Enfermagem, assim como que todo o tratamento proposto será custeado (pago) integralmente pelo Sistema Único de Saúde -

SUS/PE.

Atesto, também não ter sido submetido (a) a qualquer tipo de coação, influência indevida, indução, intimidação ou qualquer outro ato lesivo aos princípios legais, morais ou éticos.

Cirurgia Proposta \_\_\_\_\_

Cirurgião Responsável \_\_\_\_\_

Recife, 12/05/19

Lena de Oliveira Figueira  
Assinatura do paciente ou responsável

Testemunhas:

OBS: Em caso de impossibilidade técnica do responsável pelo paciente em ler/interpretar este Termo de Responsabilidade, deverá um profissional da instituição lê-lo em voz alta na presença de Duas (02) testemunhas e em seguida a autorização será fornecida com colocação da digital do polegar direito pelo responsável.

UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - DEC. LEI 5013 de 14/05/84  
UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - DEC. LEI 9851 de 08/11/57  
UTILIDADE FEDERAL - DEC. LEI 86238 de 30/07/81  
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 05.879-1  
INSCRIÇÃO ESTADUAL : Isento  
C.G.C : 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelho, 300 Boa Vista  
Recife PE - Brasil CEP 50070 - 550  
PABX: (081) 2122-4100  
FAX: (081) 2211-4722 cx. Postal 1393  
e-mail: social@imip.org.br  
Página: <http://www.imip.org.br>





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.968.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### REGISTRO - Téc. Enfermagem - SAE - ADULTO

Registro: 5496619  
Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO  
End.: ALTO DA FELICIDADE  
Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

Dt.Cad: 12/05/2019  
Dt. Nasc: 15/01/1990  
Bairro: CENTRO  
Cidade: ITAMARACA  
CNS: 706808213354121

HORA: 13:00

PLANTÃO DIURNO

DATA: 12, 05, 19

HD:

Estado geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta: ☒ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Dieta zero  
Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico  
Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Central Local: MSE  
Curativo: ☒ Sim ☐ Não Local: MTD  
Drenos: ☐ Sim ☒ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente

Observações: Admitido paciente do HMA para TRO cirurgico.  
Negra HAS, Dm e alergias. Segue sem queixas no momento  
e sob cuidados de enfermagem. Karla

Karla Mª da Silva  
COREN-PE 531.493-TE

Técnico de enfermagem

HORA: 23:00

PLANTÃO NOTURNO

DATA: 12, 05, 19

Estado geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta: ☒ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Dieta zero  
Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico  
Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativo: ☒ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos: ☐ Sim ☒ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente

Observações: Paciente em EGR, consciente, orientado  
do, medicado CPM, segue sob cuidados  
de enfermagem.

Adriano  
Técnico de enfermagem

### CHEGAGEM DE MUDANÇA DE DECUBITO

Horário	Assinatura / carimbo	Observações
08:00		
10:00		
12:00		
14:00		
16:00		
18:00		
20:00		
22:00		
00:00		
02:00		
04:00		
06:00		





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE / ADULTO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIF

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt.Cad: 12/05/2019

Dt. Nasc: 15/01/1990

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Beliro: CENTRO

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Cidade: ITAMARACA

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 11C

CNS: 706808213354121

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L00E

Leito: LEITO 05

Data:

13/05/19

Hora:

Hipótese Diagnóstica:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Déficit neurológico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar a avaliação neurológica utilizando a escala de Glasgow de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar alterações de nível de consciência <input type="checkbox"/> Outros	
2. Déficit cardíaco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência cardíaca de ____/____h <input type="checkbox"/> Realizar ausculta cardíaca de ____/____h <input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar queixas de palpitação <input type="checkbox"/> Outros	
3. Ventilação prejudicada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar oximetria de pulso de ____/____h <input type="checkbox"/> Auscultar tórax de ____/____h <input type="checkbox"/> Outros	
4. Padrão alimentar Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pesar em jejum a cada ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar aceitação alimentar diariamente <input type="checkbox"/> Solicitar acompanhamento nutricional <input type="checkbox"/> Outros	
5. Padrão de eliminação intestinal Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Orientar e estimular ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Estimular exercícios físicos respeitando limitações <input type="checkbox"/> Registrar frequência e características de eliminação intestinal <input type="checkbox"/> Registrar ausência de eliminação intestinal <input type="checkbox"/> Solicitar acompanhamento nutricional <input type="checkbox"/> Outros	
6. Padrão de eliminação urinária Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ____/____h <input type="checkbox"/> Descrever características da diurese <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária: Bexiga neurogênica <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Bexigoma <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medir volume de diurese de ____/____h <input type="checkbox"/> Pesar diariamente em jejum <input type="checkbox"/> Outros	
7. Dor <input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Registrar fáceis de dor <input type="checkbox"/> Identificar alterações de tônus muscular <input type="checkbox"/> Manter posicionamento confortável <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros	
8. Integridade tissular prejudicada <input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Descrever as características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo de ____/____h Local: _____ Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Outros	



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
9. Náuseas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência	
10. Êmese <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar características	
	<input type="checkbox"/> Outros	
11. Desidratação <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ____ / ____ h	
	<input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade das mucosas	
	<input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele	
	<input type="checkbox"/> Outros	
12. Edema <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico a cada ____ / ____ h	
	<input type="checkbox"/> Descrever características do edema	
	<input type="checkbox"/> Registrar presença de inflamação / infecção	
	<input type="checkbox"/> Outros	
13. Depressão <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar diálogo de interação com o paciente e família	
Leve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Proporcionar distração tipo: _____	
Moderada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar avaliação psicológica	
Severa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
14. Déficit de auto-cuidado	<input type="checkbox"/> Auxiliar banho de aspersão	
Banho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito	
Vestir-se <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar higiene oral	
Higiene oral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
Alimentar-se <input type="checkbox"/>		
15. Risco para infecção <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais de <u>6 / 6</u> h	12 18 24
	<input type="checkbox"/> Registrar presença de sinais flogísticos	
	<input type="checkbox"/> Coletar sumário de urina:	
	Urocultura, se febre <input type="checkbox"/> Hemocultura <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Outros	
16. Risco para aspiração <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Elevar decúbito	
	<input type="checkbox"/> Orientar início da dieta quando o paciente estiver bem acordado	
	<input type="checkbox"/> Avaliar posicionamento da sonda, tipo: _____ e aspirar resíduo gástrico antes de administrar a dieta	
	<input type="checkbox"/> Manter dieta suspensa durante o banho	
	<input type="checkbox"/> Outros	
17. Risco de queda	<input type="checkbox"/> Manter grades elevadas e leitos travados	
Baixo risco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinalizar o paciente na placa de identificação	
Alto risco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar ajuda para manipulação do paciente, se necessário	
	<input type="checkbox"/> Estimular deambulação com auxílio	
	<input type="checkbox"/> Orientar quanto a importância da leitura do folder	
	<input type="checkbox"/> Outros	

Stanla W. dos Santos  
Enfermeira  
COREN-PE - 549.698

ASSINATURA E CARIMBO  
ENFERMEIRO(A) / DIURNO E NOTURNO

Assinatura de Stanla W. dos Santos  
Enfermeira  
COREN-PE - 549.698

ASSINATURA E CARIMBO  
TÉC. DE ENFERMAGEM / DIURNO E NOTURNO

		Data: 15/06/2020																								
		7.	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	T	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
Demais controles	Asp. VAS																									
	Dens. U																									
	Dextro																									
	Cetonúria																									
	Glicosúria																									
Controle Hidrico	Perdas	Nefrost.																								
		DVE																								
		Vômitos																								
		Fezes																								
		S. Gast.																								
		Diurese																								
		Dreno																								
	Ganhos	Medic.																								
		Soro																								
		NPT																								
		S. Gast.																								
		Oral																								
	Oxigenoterapia	PEEP																								
		Ar Comp.																								
		O2																								
FI02																										
TIP O2																										
Sinais Vitais	Temp.												36,4												36,6	
	Sat. O2																									
	F. Resp																									
	F.C.(bpm)																									
	Peso																									
	PA												140x80												140x80	
	Hora	7.	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	T	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM NO PRÉ, TRANS E PÓS - OPERATORIO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt. Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Nasc: 15/01/1990

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº 11C

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Leito: 2791

CNS: 706806213354121

Procedência:

Hora:

Cirurgião:

Anestesiista:

Pediatra:

Instrumentadora:

Procedimento Realizado:

Tipo de Anestesia:

Sala:

Início:

término:

Tipo de Cirurgia:

( ) Limpa

( ☒ ) Potencialmente Contaminada

( ) Contaminada

( ) Infectada

Doenças Pré - Existentes:

( ) Escabiose

( ) Micose

( ) Pediculose

( )

( ) Cardiopatia

( ) Diabetes

( ) Hipertensão

( ) Elitismo

( ) Tabagismo

( ) Cirurgia Anterior

( ) Alergia

( )

Medicamento em uso:

### PRÉ - OPERATÓRIO

Estado Geral:

( ☒ ) Estável

( ) Regular

( ) Grave

Nível de Consciência:

( ☒ ) Consciente

( ☒ ) Orientado

( ) Torporoso

( ) Comatoso

Quadro Respiratório:

( ☒ ) Eupnéica

( ) Bradipnéica

( ) Taquipnéica

( ) Dispnéica

( ☒ ) Espontânea

( ) Entubado

( ) Traqueostomizado

( ) Assistência Ventilatória

Condições de Higiene:

( ☒ ) Satisfatória

( ) Insatisfatória

Condições de Pele:

( ☒ ) Inteira

( ) Escoriações

( ) Escaras

( ) Queimaduras

Tricotomia:

( ☒ ) Sim

( ) Não

Sinais Vitais:

PA:

P:

FC:

T:

Estado Nutricional:

Dieta:

Intercorrências:

## TRANS - OPERATÓRIO

### Posição do Paciente:

( ) Fowler ( ) Lateral ( ☒ ) Dorsal ( ) Ventral ( ) Litotômica

### Equipamentos:

( ☒ ) PNI ( ☒ ) Monitor Cardíaco ( ☒ ) Oxímetro de Pulso ( ☒ ) Carrô de Anestesia  
 ( ) AP. Videc ( ) Bomba de Infusão ( ) Capnógrafo ( ) Diprofusor ( ) Desfibrilador  
 ( ☒ ) Artoscópio ( ) Intensificador ( ) Bomba Cco ( ) Aspirador  
 ( ) Bisturi Elétrico Local da Placa: \_\_\_\_\_

### Gases Utilizados:

( ☒ ) Oxigênio ( ) Ar Comprimido ( ) Óxido Nítrico

### Procedimentos:

( ) Cânula Endotraqueal ( ) Sonda Vesical de Demora ( ) Sonda Gástrica

Drenagem (tipo e local) \_\_\_\_\_

Curativo (tipo e local) \_\_\_\_\_

Punção Venosa (tipo e local) AVP em membrana superior ( ☒ )

( ) Realizado Hemotransfusão ( ) Retirado Peça Cirúrgica Para Exame ( ) Colhido Cultura

### Medicações Utilizadas:

( ☒ ) Antibiótico ( ) Antiinflamatório ( ) Antiemético  
 ( ☒ ) Analgésico ( ) Diurético ( ) Corticóide

### Intercorrências:

## PÓS - OPERATÓRIO IMEDIATO

### Estado Geral:

( ) Estável ( ) Regular ( ) Grave

### Nível de Consciência:

( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Torporoso ( ) Comatoso

### Quadro Respiratório:

( ) Eupnéica ( ) Bradipnéica ( ) Taquipnéica ( ) Dispneico  
 ( ) Espontânea ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado ( ) Assistência Ventilatória

### Sinais Vitais:

PA: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_

### Curativo:

Aspecto: \_\_\_\_\_

Encaminhado Para: \_\_\_\_\_

### Intercorrências:

Luísa Paulino  
 ENFERMEIRA TÉCNICA ENFERMAGEM





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 5496819

Atendimento: 9948253

Dt. Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Nasc: 15/01/1990

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº. 11C

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L002

Leito: 2791

CNS: 706808213354121

#### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

☒ Confirmação sobre o paciente

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado
- Consentimento informado realizado

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não  
☐ Sim e há equipamento disponível

☐ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica

☐ Checagem do equipamento anestésico

☐ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- ☒ Não  
☐ Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

- ☒ Não  
☐ Sim

#### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões

☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim  
☐ Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:

☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?

Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim  
☐ Não se aplica

☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

#### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

☒ Nome do procedimento realizado

☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica)

☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente

☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido

☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INTERNAMENTO**

Eu,

Responsável por:

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt.Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Nasc: 15/01/1990

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE

Cidade: ITAMARACA

Enferm.(Origem): CIRURGICA I - ENF. I L005

Leito: 2791

CNS: 706808213354121

Transf. Para Enf.:

Transf. Para Enf.:

Internado no: INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

**DECLARO**

1. Respeitar e cumprir incondicionalmente o Estatuto da Criança e do Adolescente do Brasil;
2. Ter conhecimento de ser o IMIP um hospital de Ensino e que o pagamento do tratamento proposto será custeado integralmente pelo Sistema Único de Saúde-SUS/PE, através dos recursos oriundos dos pagamentos de impostos e obrigações sociais;
3. Assumir toda a responsabilidade legal do(a) paciente durante seu período de internamento declarando formalmente estar autorizado(a) pelo(a) seu(s) real(is) responsável(is) a fazê-lo no caso de sua(s) ausência(s) nesse serviço, independente do motivo;
4. Reconhecer os riscos de agravos à saúde, inerentes a um internamento em uma unidade de saúde, dentro dos padrões técnicos de aceitabilidade, inclusive no que diz respeito à infecção hospitalar.
5. Que recebi, através de profissional médico qualificado, todas as minhas dúvidas adequadamente, apresentando plena concordância aos mesmos.
6. Conceber plena autorização aos médicos do IMIP para procederem às investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e a execução do tratamento clínico e/ou cirúrgico em todas as suas formas existentes, que aqui possam ser realizadas, inclusive hemoterápicos, bem como realizar sua transferência para outra unidade especializada no caso de necessidade;
7. Estar ciente dos direitos e deveres durante o período de internamento de acordo com as Normas e Rotinas do IMIP, apresentando plena concordância ao mesmo e compromisso formal de respeito às disposições nele contidas, inclusive a alta administrativa.
8. Comprometer-me a deixar o serviço tão logo seja concedida a alta hospitalar.
9. Que, no caso de interrupção do tratamento à revelia médica, assumirei inteira responsabilidade legais pelo ato e pelas suas consequências.
10. Que, nenhum médico do IMIP me induziu, direta e/ou indiretamente, a atos lesivos aos princípios legais, morais ou à ética médica.

Recife,

12, 05, 19

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do funcionário

Assinatura da Testemunha 1

Assinatura da Testemunha 2

OBS: Em caso de impossibilidade técnica do responsável pelo paciente em ler/interpretar este Termo de Responsabilidade para internamento, deverá o médico lê-lo em voz alta na presença de 2 testemunhas e em seguida, a autorização será fornecida com a colocação da digital do polegar direito pelo responsável.

LAVAR RIGOROSAMENTE AS MÃOS ANTES DE MANUSEAR O PACIENTE - CCIH / IMIP



**SUS**Sistema  
Único  
de Saúde**COMPLEXO HOSPITALAR IMIP**Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94**IMIP****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1-Nome do Estabelecimento Solicitante <b>INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP</b>	2-cnes 0000434
3-Nome do Estabelecimento Executante <b>INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP</b>	4-cnes 0000434

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

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt.Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Nas: 15/01/1990

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEIÇÃO

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Leito: 2791

CNS: 706808213354121

**17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)****MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	19-COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21-COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27-COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E / OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ( ) DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ( ) DIÁRIA DE UTI TIPO I ( ) DIÁRIA DE UTI TIPO II ( ) DIÁRIA DE UTI TIPO III		
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30-COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 	31-QTDE
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33-COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 	34-QTDE
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36-COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 	37-QTDE

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO****PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40- DATA DA SOLICITAÇÃO / /	
41 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) JCPF	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 	43-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - COD.ÓRGÃO EMISSOR	46- DATA DA AUTORIZAÇÃO / /
47 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) JCPF	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 	49-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

COMPLEXO HOSPITALAR

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

**RICARDO FRANCISCO DA SILVA**

(Paciente)

**LEITO 05**

(Leito)

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 5496619

Dt. Nasc: 15/01/1990

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

Unidade: 179 - CLINICA CIRURGICA I

CNS: 706808213354121

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento:



9946253

IDADE: 29 3 27 PESO: \_\_\_\_\_

Anos Meses Dias

DT. ADM.: 12/05/2019

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

1 -

2 -

3 -

ALERGIAS:

PRECAUÇÕES:

☐ CONTATO

☐ RESPIRATÓRIA

RISCOS INDIVIDUAIS:

☐ LESÃO DE PELE

☐ QUEDA

☐ PERDA DE AVC/ AVP

☐ EXTUBAÇÃO

☐ PERDA DE SNG

☐ SOG

☐ SNE

COMORBIDADES:

1 -

2 -

3 -





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEIÇÃO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

DL Cad: 12/05/2019

DL Nasc: 15/01/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 706808213354121

Data: 12/05/19 Hora: 20h

Leito: 2791

HD:

Pra 1000 D

#### Escala Visual Analógica (EVA) - Dor



1 - Estado geral: ☐ Grave ☐ Comprometido ☒ Regular ☐ Bom

2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular: ☒ Espontânea 4 ☐ Dor 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta verbal: ☒ Orientado 5 ☐ Confuso 4 ☐ Palavras inapropriadas 3 ☐ Nenhuma 1

Resposta motora: ☒ Sons incoerentes 2 ☐ Localiza dor 5 ☐ Retirada à dor 4 ☐ Nenhuma 1

Resposta motora: ☒ Obedece comandos 6 ☐ Resposta extensora 2 ☐ Nenhuma 1

Glasgow: 15 OBS: ☐ Paralela ☐ Realivo ☐ Hipotativo ☐ Secado

3 - Avaliação Emocional: ☒ Alívio ☐ Gemente ☐ Comotivo ☐ Mioso

4 - Pupilas: ☒ Agitado ☐ Anisocóricas ☐ Midíase ☐ Mioso

5 - Tonus: ☒ Reactivas ☐ Não reativas ☐ Hipertônico

6 - Decúbito: ☒ Normal ☐ Hipotônico ☐ Outro: ☐ Atebril

7 - Temperatura: ☐ Trendelenburg ☐ Dorsal ☐ Fowler ☐ Descarnativa

8 - Pele e Mucosas: ☐ Hipotermico ☐ Febril ☐ Ictérico ☐ Cianótico

Condições: ☒ Úmida ☐ Seca ☐ Desidratado

Coloração: ☒ Normocorado ☐ Hipocorado ☐ Edemaciado

Distribuição Hídrica: ☒ Boa ☐ Má

9 - Avaliação Pulmonar:

Ausculat. Respiratória: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico

Padrão respiratório: ☒ BAN ☐ TIC ☐ TSC ☐ Respir. ruidosa ☐ Gemente

Oxigenoterapia: ☒ Não ☐ Sim ☐ O2 Contínuo ☐ Venturi ☐ Macro NBZ

Drenos: ☒ Não ☐ DVE ☐ DVP ☐ Mediastínico ☐ Pen Rose

Dreno a vácuo: ☒ Torácico - selo d'água ☐ Bómbula ☐ Não oscila

Aspiração contínua: ☐ Sim ☐ Não ☐ Oscila ☐ Drenado ☐ ml

#### 10 - Avaliação Cardiovascular:

Ausculat. Cardíaca:

Pulso: ☒ Cheio ☐ Filiforme ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico

Perfusão periférica: ☒ Boa ☐ Hipotensão ☐ Hipertensão ☐ Ausente

Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Regular ☐ Lantificada ☐ PNI

Local: NSC Data: / / Condições: ☐ Puncão venosa central ☐ Dissecção venosa

#### 11 - Aspecto Nutricional:

Dietar: ☒ V.O ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Zero

Abdom: ☒ Flácido ☐ Dislindido ☐ Tenso ☐ Semigloboso ☐ Globoso

Dor à palpação: ☒ Sim ☐ Não ☐ Sem anomalia ☐ Massa tumoral ☐ Ascite

Diurese: ☒ Presente >>> ☐ Espontânea ☐ Espontânea em fralda ☐ SVA ☐ vezes ☐ Cistostomia

Achados anormais: ☐ Polúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Disúria

Evacuação: ☐ Sim ☐ Não ☐ Quant. ☐ vezes/dia ☐ Aspecto: ☐ Polaciúria ☐ Colúria

Genitália: ☒ Inteira ☐ Hiperemia ☐ Edema ☐ Lesões: ☐ Aspecto: ☐ Local: ☐ Tipo: ☐

13 - UPP: ☐ Sim ☐ Não ☐ Local: ☐ Tipo: ☐

14 - Curativo: ☐ Sim ☐ Não ☐ Tipo: ☐

Local: / / / Aspecto: / / / Data: / / /

#### Síglario:

BANK: Balanço de água nasal

TIC: Triagem icterícia

TSC: Triagem subconjuntival

DVE: Derivação ventricular externa

DVP: Derivação ventricular peritoneal

NEB: Nebulização

PVC: Pressão venosa central

PAM: Pressão arterial média

PNE: Pressão não invasiva

VO: Via oral

SOG: Sonda orogástrica

SNG: Sonda nasogástrica

SNE: Sonda nasointestinal

NPT: Nutrição parenteral total

GTT: Gastrostomia

RG: Registro gástrico

HGT: Hemoglobina

SVA: Sonda vesical de alívio

SVD: Sonda vesical de demora

UPP: Úlcera por pressão









Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Marthiano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 08.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 6496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

DL Cad: 12/05/2019

DL Nasc: 15/01/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 706808213354121

Leito: 2791

Data: / / Hora:

### Esquema Terapêutico:

### Exames Realizados:

### Informações e Intercorrências:

Stanis W. dos Santos  
Enf. - 049.638

Assinatura / Carimbo



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-84

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - SAE-ADULTO

Registro: 5496619

Atendimento: 8946253

Dt.Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Nasc: 15/01/1990

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGIA I - ENF. I LOOE

Leito: 2791

CNS: 706808213354121

Sexo: ☐ F ☒ M Idade: 29 Peso: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Estado civil: sol Naturalidade: \_\_\_\_\_ Residência atual: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: ☐ analfabeto ☐ fundamental 1 ☐ fundamental 2 ☐ médio ☐ superior ☐ pós-graduação  
Origem: ☐ espontânea ☐ outro serviço: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Procedimento: \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES PESSOAIS/HÁBITOS

Nº Pessoas no domicílio: 2 Nº cômodo: 2 Banho de Rô: ☒ SIM ☐ NÃO Contato com Animal: \_\_\_\_\_  
Tipo de moradia: ☐ Alvenaria ☐ Talpa ☐ Madeira Saneamento básico: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Incompleto: \_\_\_\_\_  
☐ HAS ☐ Diabetes ☐ Cardiopatias ☐ Pneumopatia ☐ Hemofilia ☐ Doença psiquiátrica ☐ Neoplasia ☐ Netropatia  
☐ Hemotransfusão ☐ SIM ☐ NÃO ☐ IST- Quais: \_\_\_\_\_ D/P- Quais: \_\_\_\_\_  
☐ Cirurgias- Quais: \_\_\_\_\_ ☐ Alergias- Quais: \_\_\_\_\_  
☐ Estilismo quantidade/dia: \_\_\_\_\_ ☐ Tabagismo quantidade/dia: \_\_\_\_\_ ☐ Drogas quais: \_\_\_\_\_  
Medicações em uso: Quais: \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

☒ HAS ☐ Diabetes ☐ Cardiopatias ☐ Hemofilia ☐ Doença psiquiátrica ☐ Neoplasia  
Outros: \_\_\_\_\_

#### PRINCIPAIS QUEIXAS

Dor mio

#### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

\_\_\_\_\_

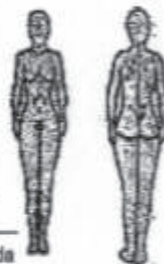
#### SINAIS VITAIS

PA: \_\_\_\_\_ mmHg Temperatura: \_\_\_\_\_ °C FR: \_\_\_\_\_ /min FC: \_\_\_\_\_ /min Pulso: \_\_\_\_\_ /min Dor: \_\_\_\_\_



#### EXAME FÍSICO GERAL

Estado Geral: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Grave  
Regulação Neurológica: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Sedado ☐ Comatoso  
Estado emocional: ☒ Calmo ☐ Tenso ☐ Agitado ☐ Apático ☐ Chorooso ☐ Depressivo ☐ Cooperativo  
Outros: \_\_\_\_\_  
Integridade da pele: (marque na figura): ☐ Sem alteração ☐ Mancha ☐ Bolha ☐ Tumoração  
☐ Nódulo ☐ Pápula ☐ Eritema ☒ Lesão ☐ Hematoma ☐ Equimose ☐ Prurido  
Mucosas: ☐ Corada ☐ Hipocorada ☐ Ictérica ☐ Cladótica  
Turgorelasticidade: ☒ Hidratada ☐ Desidratada  
Outros: \_\_\_\_\_  
Mamas: ☐ Preservadas ☐ Alteradas Especifique: \_\_\_\_\_  
Aspectos de Higiene: ☐ Adequado ☐ Não Adequado Especifique: \_\_\_\_\_  
☐ Ferida Cirúrgica Local: \_\_\_\_\_ ☐ Limpa ☐ Infectada  
Exsudato: Tipo: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_  
Tecido: ☐ Granulação ☐ Necrose Especifique: \_\_\_\_\_  
☐ Úlcera por pressão Local: \_\_\_\_\_ Estágio: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV  
☐ Limpa ☐ Infectada Exsudato: Tipo: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_





# CABEÇA / PESCOÇO

Couro cabeludo: ☒ Sem alteração ☐ Alopecia ☐ Pediculose ☒ Sbroto  
 Acuidade visual: ☒ Preservada ☐ Alterada Especifique: ☐ Uso de lentes oculares ☐ Secção ocular  
 Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Estrabismo ☐ Mídrise ☐ Miose ☐ Fotoreagente Especifique: ☐  
 Acuidade auditiva: ☒ Preservada ☐ Alterada ☐ Ouvido esquerdo ☐ Ouvido direito Especifique: ☐  
 Nariz: ☒ Preservado ☐ Alterado Especifique: ☐  
 Cavidade oral: ☒ Preservada ☐ Alterado Uso de prótese: ☐ Sim ☒ Não  
 Observações: ☐ Com alteração ☒ Sem alteração Especifique: ☐  
 OBS: ☐

# SISTEMA RESPIRATÓRIO

☒ Eupneia ☐ Dispneia Especifique: ☐ Cateter nasal ☐ Venturi: ☐ % ☐ BIPAP  
☒ NBZ ☐ Ventilação mecânica ☐ TQT ☐ TOT FIO2: ☐ Oximetria: ☐  
 Murmúrios vesiculares: ☒ Presentes ☐ Ausentes ☐ Diminuídos - Local: ☐  
 Ruídos Adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Crepítantes - Local: ☐  
 Tosses: ☐ Sim ☒ Não ☐ Seca ☐ Produtiva - Aspecto da secreção: ☐

# SISTEMA CARDIOVASCULAR

Ritmo cardíaco: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Sopros  
 Perfusão tissular periférica: ☒ Preservada ☐ Diminuída  
 Pulso: ☒ Chefe ☐ Filiforme ☐ Rítmico ☐ Arritmico  
 Acesso venoso: ☒ AVP ☐ AVC ☐ CTI ☐ Dissecção venosa  
 Punção arterial: ☒ Data: ☐  
 OBS: ☐

# SISTEMA GASTROINTESTINAL

Dieta: ☒ V.O ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☒ Zero ☐  
 Êmese: ☐ Presente ☒ Ausente Aspecto/frequência: ☐  
 Abdome: ☐ Plano ☐ Globoso ☐ Gravídico ☐ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Ascítico ☐ Timpânico  
 RHA: ☐ Ausente ☒ Presente Flatos: ☐ Ausente ☒ Presente Dor à palpação: ☐ Sim ☒ Não  
 Evacuações: ☐ Presente ☒ Ausente Aspecto/frequência: ☐  
 Estórnias: ☐ Sim ☒ Não Tipo: ☐ Dreno: ☐ Sim ☒ Não Tipo: ☐  
 Secção: ☐ Sim ☒ Não Aspecto: ☐  
 Outros: ☐

# SISTEMA GENITOURINÁRIO

Diurese: ☐ Sem alterações ☐ Incontinência ☐ Disúria ☐ Polúria ☐ Hematúria ☐ Anúria ☐ Nictúria ☐ Polaciúria  
☒ Oligúria ☐ Plúria ☐ Retenção Sonda: ☐ SVD ☐ SVA ☐ Nefrostomia ☐ Cistostomia  
 Outros: ☐ Alterações: ☐  
 Secção: ☐ Sim ☒ Não Aspecto: ☐  
 Aspecto / Volume: ☐

# SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

Movimentação: ☐ Deambula ☒ Deambula com apoio ☐ Não Deambula Especifique: ☐ Acamado  
 Amplitude dos movimentos: ☒ Preservada ☐ Diminuída ☐ Ausente Local: ☐  
 Amputações: ☐ Sim ☒ Não Especifique: ☐  
 Uso de: ☐ Tala ☐ Órtese ☐ Prótese Especifique: ☐  
 Força Motora: ☒ Preservada ☐ Diminuída Especifique: ☐  
 Edema: ☐ Sim ☒ Não Especifique: ☐  
 Outros: ☐

# OBSERVAÇÕES GERAIS

Enfermeira (o):

COREN:

AVP: Acesso venoso periférico AVC: Acesso venoso central SNG: Sonda nasogástrica NBZ: Nebulização SVD: Sonda vesical de diurese CTI: Traqueostomia TOT: Tubo oro traqueal  
 PA: Pressão arterial SNE: Sonda nasoesférica SVA: Sonda vesical de alívio NPT: Nutrição parenteral total FR: Frequência respiratória GTT: Gastrostomia CTI: Cateter totalmente implantável  
 HAS: Hipertensão arterial sistêmica IST: Infecção sexualmente transmissível DIP: Doença infecciosa parasitária FC: Frequência cardíaca RHA: Ruídos hidroacústicos  
 FIO2: Fração inspirada de oxigênio VO: Via oral





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mãe: LUZINETE ARAÚJO DA CONCEIÇÃO

End.: ALTO DA FERTILIDADE Nº: 110

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

Leito: 2791

DI Cad: 12/05/2019

DI Nasc: 15/01/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 708808213354121

Data: 16/05/19

Hora: 19

HD:

(Escala Visual Analógica (EVA) - Dor



1 - Estado geral: ☐ Grave ☐ Comprometido ☒ Regular ☐ Bom

2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular: ☒ Espontânea 4 ☐ Dor 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta verbal: ☒ Orientado 5 ☐ Confuso 4 ☐ Palavras inapropriadas 3

Resposta Motora: ☒ Sem Incompreensão 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta Motora: ☒ Obedece comandos 6 ☐ Localiza dor 5 ☐ Retirada à dor 4

Glasgow: ☒ Flexão anormal 3 ☐ Resposta extensora 2 ☐ Nenhuma 1

Glasgow: ☒ Paresias ☐ Paraplegia

3 - Avaliação Emocional: ☒ Alívio ☐ Realivo ☐ Hipotativo ☐ Sedado

4 - Pupilas: ☒ Agitado ☐ Comatoso ☐ Midríase ☐ Miose

5 - Tônus: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reativas

6 - Decúbito: ☒ Realivas ☐ Normal ☐ Hipotônico

7 - Temperatura: ☒ Trendelenburg ☐ Dorsal ☐ Fowler ☐ Atelet

8 - Pele e Mucosas: ☒ Hipotermico ☐ Febril

Condições: ☒ Úmida ☐ Seca ☐ Descamativa

Coloração: ☒ Normocorado ☐ Hipocorado ☐ Ictérico ☐ Cianótico

Distribuição Hídrica: ☒ Edemaciado ☐ Desidratado

9 - Avaliação Pulmonar:

Auscultação Respiratória:

Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico

Oxigenoterapia: ☒ Não ☐ Sim ☐ TSC ☐ Respi. nítida ☐ Gemente

Exercícios: ☒ Não ☐ Sim ☐ O2 Contínuo ☐ Venturi % ☐ Macro NBZ

Aspiração: ☒ Não ☐ Sim ☐ Pen Rose ☐ Macro NBZ

Aspiração contínua: ☒ Não ☐ Sim ☐ Oscila ☐ Não oscila

Aspiração contínua: ☒ Não ☐ Sim ☐ Drenado ☐ Não drenado

Aspiração contínua: ☒ Não ☐ Sim ☐ Drenado ☐ Não drenado

#### 10 - Avaliação Cardiovascular:

Auscultação Cardíaca:

Pulso: ☒ Chão ☐ Filiforme ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico

Perfusão periférica: ☒ Boa ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso ☐ Ausente

Perfusão periférica: ☒ Boa ☐ Regular ☐ Lenticular ☐ PNI

Articulação venosa: ☒ Periférico ☐ PAM local ☐ Dissecção venosa

Local: ☒ Data: / / Condições: ☐ GTT ☐ Zero

#### 11 - Aspecto Nutricional:

Dietar: ☒ V.O ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ HGT

Dieta: ☒ RG ☐ ml Aspecto: ☐ SVA ☐ vezas ☐ Clabostomia

12 - Avaliação Gastrointestinal / Genitourinário:

Abdomen: ☒ Flácido ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Semigloboso ☐ Globoso

Dor à palpitação: ☒ Sim ☐ Não ☐ Sem apopleia ☐ Massa tumoral ☐ Ascite

Diurese: ☒ Presente >>> ☐ Espontânea ☐ Espontânea em fralda ☐ SVA ☐ vezas ☐ Clabostomia

Achados anormais: ☒ Polúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Disúria

Evacuação: ☒ Sim ☐ Não Quant. ☐ vezes/dia Aspecto: ☐ Lesões: ☐ Aspecto: ☐

Genitália: ☒ Inteira ☐ Hipertrofia ☐ Edema ☐ Lesões: ☐ Aspecto: ☐

13 - UPP: ☒ Sim ☐ Não Local: ☐ Aspecto: ☐

14 - Curativo: ☒ Sim ☐ Não Tipo: ☐

Local: ☒ Data: / /

Assinatura: ☒

Assinatura: ☒

Assinatura: ☒

Assinatura: ☒

Assinatura: ☒

Assinatura: ☒

Assinatura: ☒

Assinatura: ☒

Assinatura: ☒

Assinatura: ☒

Assinatura: ☒

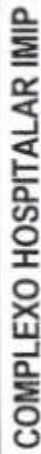
Assinatura: ☒

Assinatura: ☒

Assinatura: ☒

Assinatura: ☒





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.038.744/0001-84

**Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO**

Registro: 5496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO  
End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110  
Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

DL Cad: 12/05/2019  
DL Nasc: 15/01/1990  
Bairro: CENTRO  
Cidade: ITAMARACA  
CNS: 7068082133

Data: / / Hora:

**Esquema Terapêutico:**

**Exames Realizados:**

### Informações e Intercorrências:

Thank you very much for  
the letter of 11th inst.

~~CONFIDENTIAL - EYE ONLY~~  
~~2015-03-23 10:30:00~~  
~~2015-03-23 10:30:00~~

Assinatura / Carimbo

Assinatura / Carimbo







Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### REGISTRO - Téc. Enfermagem - SAE - ADULTO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt. Cad: 12/05/2019

Dt. Nasc: 15/01/1990

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Bairro: CENTRO

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Cidade: ITAMARACA

End.: ALTO DA FELICIDADE

CNS: 706808213354121

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L00E

Leito: 2791

HORA: 07:00 10:00

PLANTÃO DIURNO

DATA 13/05/19

HD:

Estado geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta: ☒ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Dieta zero  
Padrão respiratório: ☐ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico  
Acesso venoso: ☐ Periférico ☐ Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativo: ☒ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente

Observações: Paciente consciente e orientado. Teve procedimento cirúrgico suspenso, sem queixas até o exato momento. Segue aos cuidados da enfermagem.



Técnico de enfermagem

HORA: 19:00 07:00

PLANTÃO NOTURNO

DATA 13/05/19

Estado geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta: ☒ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Dieta zero  
Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico  
Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativo: ☒ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente

Observações: Paciente evolui em EGR consciente oxigenado, afebril, SSVV aferidos, medicação C.P.M., segue aos cuidados de enfermagem.

*[Assinatura]*

Técnico de enfermagem

### CHEGAGEM DE MUDANÇA DE DECÚBITO

Horário	Assinatura / carimbo	Observações
08:00		
10:00		
12:00		
14:00		
16:00		
18:00		
20:00		
22:00		
00:00		
02:00		
04:00		
06:00		

		Data: 11/05/2018																											
		Hora																											
		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	T	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	T		
	Asp. VAS																												
	Dens. U																												
Demais controles	Dextro																												
	Cetonúria																												
	Glicosúria																												
Controle Hidríco	Perdas	Nefrost.																											
		DVE																											
		Vômitos																											
		Fezes																											
		S. Gast.																											
		Diurese																											
		Dreno																											
	Ganhos	Medic.																											
		Soro																											
		NPT																											
		S. Gast.																											
		Oral																											
	Oxigeno-terapia	PEEP																											
		Ar Comp.																											
		O2																											
FI O2																													
TIP O2																													
Sinais Vitais	Temp.						36.1°C					37.3							36.4°C						36.1°C				
	Sat. O2																												
	F. Resp																												
	F.C.(bpm)																												
	Peso																												
	PA						120/80					120/80							120/80						100/70				
	Hora	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	T	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	T		





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IN

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5498619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

Leito: 2791

DL Cad: 12/05/2019

DL Nasc: 15/01/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 706808213354121

Data: 13/05/19 Hora: 13:15

HD:

Escala Visual Analógica (EVA) - Dor



1 - Estado geral:

☐ Grave ☐ Comprometido ☐ Regular ☐ Bom

2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular: ☐ Espontânea 4 ☐ Dor 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta verbal: ☐ Orientado 6 ☐ Palavras inapropriadas 3 ☐ Nenhuma 1

Resposta Motora: ☐ Sons incomprensíveis 2 ☐ Localiza dor 5 ☐ Reduzida à dor 4 ☐ Nenhuma 1

☐ Obedece comandos 6 ☐ Resposta extensora 2 ☐ Nenhuma 1

☐ Flexão anormal 3 ☐ Paraplegia

Glasgow: ☐ Paresias ☐ Hipotivo ☐ Sedado

3 - Avaliação Emocional: ☐ Alívio ☐ Realativo ☐ Comatoso

4 - Pupilas: ☐ Agitado ☐ Gemente ☐ Midríase ☐ Miose

5 - Tônus: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reativas

6 - Decúbito: ☐ Realivas ☐ Hipotônico ☐ Hipertônico

7 - Temperatura: ☐ Normal ☐ Fowler ☐ Outro: ☐ Aférril

8 - Pele e Mucosas: ☐ Tendeiburg ☐ Dorsal ☐ Abdominal

Condições: ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Descarnativa

Coloração: ☐ Normocrado ☐ Ictérico ☐ Cianótico

Distribuição Hídrica: ☐ Boa ☐ Edemaciado ☐ Desidratado

9 - Avaliação Pulmonar:

Ausculta Respiratória: ☐ Espiríaco ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico

Padrão respiratório: ☐ IAN ☐ TIC ☐ TSC ☐ Gemente

Oxigenoterapia: ☐ Não ☐ Sim ☐ O2 Continuo ☐ Venturi % ☐ Macro NBZ

Drenos: ☐ Não ☐ DVE ☐ DVP ☐ Mediatônico

☐ Dreno a vácuo ☐ Pen Rose

☐ Torácico - selo d'água ☐ Oscila ☐ Não oscila

Aspiração continuaz ☐ Sim ☐ Não ☐ Drenado ☐ ml

#### 10 - Avaliação Cardiovascular:

Ausculta Cardíaca:

Pulso: ☐ Ghelo ☐ Filiforme ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico

☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso

Perfusão periférica: ☐ Boa ☐ Regular ☐ Lanificada

☐ PVC ☐ PAM local ☐ Ausente ☐ PNI

Acesso venoso: ☐ Periférico ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Local: ☐ Data: / / Condições:

#### 11 - Aspecto Nutricional:

Dieta: ☐ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Zero

☐ RG ☐ ml ☐ Aspecto: ☐ HGT: ☐ Zaro

12 - Avaliação Gastrointestinal / Genitourinário:

Abdome: ☐ Flácido ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Semigloboso ☐ Globoso

☐ Visceromegalia ☐ Dor à palpação: ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem anorexia ☐ Massa tumoral ☐ Ascite

☐ Oclorose ☐ Diurese: ☐ Presente >>> ☐ Espontânea ☐ Espontânea em fralda ☐ SVA ☐ vezes ☐ Cistostomia

☐ SVD instalada em / / ☐ Aspecto: ☐ Ausente

Achados anormais: ☐ Polúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Disúria ☐ Nictúria

☐ Polaciúria ☐ Colúria

Evacuação: ☐ Sim ☐ Não Quant. ☐ vezes/dia ☐ Aspecto:

Genitália: ☐ Integra ☐ Hiperengia ☐ Edema ☐ Lesões:

13 - UPP: ☐ Sim ☐ Não Local: ☐ Aspecto:

14 - Curativo: ☐ Sim ☐ Não Tipo: ☐ Aspecto:

Local: ☐ Data: / /

#### Signário:

SBM: Sulfato de sódio nasal

TIC: Tintura de iodo

TSC: Tintura de escova

DVE: Derivado ventricular edema

DVP: Derivado ventricular perfusão

NEZ: Nebulização

PVC: Pressão venosa central

PAM: Pressão arterial média

PHC: Pressão não invasiva

VO: Via oral

RG: Registro gástrico

HGT: Hemoglobina

SVA: Sonda vesical de alho

SVD: Sonda vesical de demora

UPP: Úterus por pressão



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP-HOSPITALAR  
CNPJ: 08.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5406619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mão: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946263

DI Cad: 12/05/2019

DI Nasc: 15/01/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 708808213354121

Leito: 2791

Data: / / Hora:

### Esquema Terapêutico:

### Exames Realizados:

### Informações e Intercorrências:

*Assinatura do Enfermeiro*

Assinatura / Carimbo





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

# COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

INST. MED.  
Registro  
Nome  
Mãe  
End.  
Enferm.

Prontuario: 5496619  
Nome.: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe.: LUZINETE ANARD DA CONCEICAO  
End.: ALTO DA FELICIDADE 110  
SANE.: 0

Pt. Cad.: 12/05/2019  
Dt. Nasc.: 15/01/1990  
Bairro: CENTRO  
Cidade: ITABORACA-PE  
CNS: 706808213354121

EVOLUÇÃO

DATA / HORA

13/06/19

- Joelho

1 mês pós-op reconst. mecânico  
extensor joelho D.

pte sem queixa IC/  
tala joelho.

CD: Detenho e/ 1 mês.  
manter tala até  
6 semanas

Dr. Igor Dantas de Oliveira  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-PE: 22844 TEOT: 16923

FISIOTERAPIA MOTORA: 20 SESSOES  
ANALGESIA  
REFORÇO MUSCULAR



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IM

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 08.038.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496819  
Nome: 1 - RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO  
End: ALTO DA FELICIDADE Nº. 110  
Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005  
Atendimento: 9946253  
Leito: 2791

DL Cad: 12/05/2019  
DL Nasc: 15/01/1990  
Bairro: CENTRO  
Cidade: ITAMARACA  
CNS: 706808213354121  
Data: 14/05/19 Hora: 14

HD:

#### Escala Visual Analógica (EVA) - Dor



1 - Estado geral: ☐ Grave ☐ Comprometido ☒ Regular ☐ Bom

#### 2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular: ☒ Espontânea 4 ☐ Dor 2 ☐ Nenhuma 1  
Resposta verbal: ☒ Orientado 5 ☐ Confuso 4 ☐ Palavras inapropriadas 3  
☐ Sons inconscientes 2 ☐ Nenhuma 1  
Resposta motora: ☒ Obedece comandos 6 ☐ Localiza dor 5 ☐ Retirada à dor 4  
☐ Flexão anormal 3 ☐ Resposta extensora 2 ☐ Nenhuma 1  
Glasgow: 15 OBS: ☐ Paresias ☐ Paraplegia

3 - Avaliação Emocional: ☒ Alívio ☐ Realivo ☐ Sedado  
☐ Agitado ☐ Gemente ☐ Comatoso  
☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midríase ☐ Miose  
☒ Realivas ☐ Não realivas ☐ Hipertônico  
☒ Normal ☐ Hipotônico

4 - Pupilas: ☐ Hipotônico ☐ Outro: ☐ Mebril

5 - Tônus: ☐ Hipotônico ☐ Outro: ☐ Mebril

6 - Decúbito: ☐ Trendelenburg ☐ Dorsal ☒ Fowler ☐ Fabril

7 - Temperatura: ☐ Hipotermico ☐ Febril

8 - Pele e Mucosas: ☒ Úmida ☐ Seca  
Condições: ☒ Normocorado ☐ Hipocorado  
Coloração: ☒ Boa ☐ Edemaciado

9 - Avaliação Pulmonar:  
Ausculta Respiratória:  
Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico  
BAN ☐ TIC ☐ TSC  
O2 Contínuo ☐ Venturi % ☐ Geminete  
Drenos: ☒ Não ☐ DVE ☐ Pen Rose ☐ Macro NBZ  
Dreno à vácuo ☐ Oscila ☐ Não oscila  
Torácico - selo d'água ☐ Sim ☐ Não ☐ Drenado ☐ ml

#### 10 - Avaliação Cardiovascular:

Ausculta Cardíaca:

Pulso: ☒ Chebo ☐ Filiforme ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico  
☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso  
Perfusão periférica: ☐ Boa ☐ Regular ☐ Ausente  
☐ PVC ☐ PAM local ☐ PNI  
Acesso venoso: ☐ Periférico ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Local: ☐ Data: ☐ / ☐ / ☐ Condições:

#### 11 - Aspecto Nutricional:

Dietas: ☒ V.O ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Zero  
☐ RG ☐ ml Aspecto: ☐ HGT: ☐

#### 12 - Avaliação Gastrointestinal / Genitourinário:

Abdomen: ☒ Flácido ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Semíglobo ☐ Globoso  
☐ Visceromegalia: ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem anomalia ☐ Massa tumoral ☐ Ascite  
☐ Ostitomas ☐ Incisões:

Diurese: ☒ Presente >>> ☐ Espontânea ☐ Instalada em ☐ / ☐ / ☐ Aspecto: ☐ SVA ☐ vezes ☐ Cistostomia  
☐ SVD Instalada em ☐ / ☐ / ☐ Aspecto:

Achados anormais: ☐ Politéria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Distúria ☐ Nictúria  
☐ Polactúria ☐ Colúria

Evacuação: ☒ Sim ☐ Não Quant. ☐ vezes/dia Aspecto: ☐ Lesões: ☐

Genitália: ☐ Inteira ☐ Hipertrofia ☐ Edema ☐ Local: ☐ Aspecto: ☐

13 - UPP: ☐ Sim ☒ Não Local: ☐ Aspecto: ☐

14 - Curativo: ☒ Sim ☐ Não Tipo: ☐ F.O. ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐ Data: ☐ / ☐ / ☐

#### Sigilário:

BAN: Bulimento da alça nasal  
TIC: Triagem intracostal  
TSC: Triagem subcostal  
DVE: Derivação ventricular externa  
DWP: Derivação ventricular peritoneal  
NIBZ: Nutrição  
PVC: Pressão venosa central  
PAM: Pressão arterial média  
PNI: Pressão não invasiva  
VO: Via oral  
SOG: Sonda oncológica  
SNG: Sonda nasogástrica  
SNE: Sonda nasointestinal  
NPT: Nutrição parenteral total  
GTT: Gastrostomia  
RG: Registro gástrico  
HGT: Hemoglobina  
SVA: Sonda vesical de alívio  
SVD: Sonda vesical de demora  
UPP: Úlcera por pressão





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 08.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619  
Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO  
End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110  
Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253  
DL Cad: 12/05/2019  
DL Nasc: 15/01/1990  
Bairro: CENTRO  
Cidade: ITAMARACA  
CNS: 706808213354121  
Leito: 2791  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_

### Esquema Terapêutico:

### Exames Realizados:

### Informações e Intercorrências:

Stanla W. dos Santos  
Enfermeira  
COREN PE 949.698

Assinatura / Carimbo



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IM

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496819

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L095

Atendimento: 9946253

Leito: 2791

DL Cad: 12/05/2019

DL Nasc: 15/01/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 706808213354121

Data: 19/05/19

Hora: 19

HD:

Di - Indat - Pálida - fecho

Escala Visual Analógica (EVA) - Dor



1 - Estado geral: ☐ Grave ☐ Comprometido ☒ Regular ☐ Bom

2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular: ☒ Espontânea 4 ☐ Dor 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta verbal: ☒ Orientado 5 ☐ Confuso 4 ☐ Palavras inapropriadas 3

☐ Sons Incompreensíveis 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta Motora: ☒ Obedece comandos 6 ☐ Localiza dor 5 ☐ Retirada à dor 4

☐ Flexão anormal 3 ☐ Resposta extensora 2 ☐ Nenhuma 1

Glasgow: OBS: ☐ Paresias ☐ Paraplegia

☐ Realivo ☐ Hipocativo ☐ Sedado

☐ Gemente ☐ Comatoso ☐ Múscos

4 - Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Múscos

☒ Reativas ☐ Não reativas ☐ Múscos

5 - Tórus: ☐ Normal ☐ Hipotônico ☐ Hipertônico

6 - Decúbito: ☐ Trendelenburg ☒ Dorsal ☐ Fowler

7 - Temperatura: ☐ Hipotermico ☐ Febril

8 - Pele e Mucosas: ☐ Úmida ☐ Seca

Condições: ☒ Normocrado ☐ Ictérico ☐ Cianótico

Coloração: ☒ Boa ☐ Edemado ☐ Desidratado

Distribuição Hídrica: ☐ Edemado ☐ Desidratado

9 - Avaliação Pulmonar:

Ausculta Respiratória:

Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico

☐ BAN ☐ TIC ☐ TSC ☐ Geminale

Oxigenoterapia: ☐ Não ☐ Sim ☐ O2 Contínuo ☐ Venturi % ☐ Macro NEZ

Drenos: ☒ Não ☐ DVE ☐ DVP ☐ Mediasfrnico

☐ Dreno à vácuo ☐ Pen Rose

☐ Torácico - selo d'água ☐ Não ☐ Sim

Aspiração contínua: ☐ Não ☐ Sim

#### 10 - Avaliação Cardiovascular:

Ausculta Cardíaca:

Pulso: ☒ Cheio ☐ Filiforme ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico

☒ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso

Perfusão periférica: ☒ Boa ☐ Regular ☐ Lentificada ☐ Ausente

☐ PVC ☐ Periférico ☐ PAM local ☐ PNI

Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Função venosa central ☐ Dissecção venosa

Local: 11/05 Data: 19/05 Condições: 19/05

11 - Aspecto Nutricional:

Dieta: ☐ V.O ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Zero

☐ RG ☐ ml Aspecto: HGT: 19/05

12 - Avaliação Gastrointestinal / Genitourinário:

Abdome: ☒ Flácido ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Semigloboso ☐ Globoso

Visceromegalia: ☐ Sim ☒ Não ☐ Sem anomalia ☐ Massa tumoral ☐ Ascite

Dor à palpação: ☐ Sim ☒ Não ☐ Otorrias ☐ Incisões

Diurese: ☒ Presente >>> ☐ Espontânea ☐ Espontânea em fralda ☐ SVA ☐ vezes ☐ Clatostomia

☐ SVD Instalada em 19/05 Aspecto: 19/05

☐ Ausente

Achados anormais: ☐ Polúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Disúria ☐ Nictúria

☐ Polaciúria ☐ Colúria

Evacuação: ☐ Sim ☒ Não Quant. 19/05 vezes/dia Aspecto: 19/05

Genitália: ☐ Integra ☐ Hiperemia ☐ Edema ☐ Lesões

13 - UPP: ☐ Sim ☒ Não Local: 19/05

14 - Curativo: ☐ Sim ☒ Não Tipo: 19/05

Local: 19/05 Aspecto: 19/05 Data: 19/05

15 - Avaliação Respiratória:

Ausculta Respiratória:

Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico

☐ BAN ☐ TIC ☐ TSC ☐ Geminale

Oxigenoterapia: ☐ Não ☐ Sim ☐ O2 Contínuo ☐ Venturi % ☐ Macro NEZ

Drenos: ☒ Não ☐ DVE ☐ DVP ☐ Mediasfrnico

☐ Dreno à vácuo ☐ Pen Rose

☐ Torácico - selo d'água ☐ Não ☐ Sim

Aspiração contínua: ☐ Não ☐ Sim

16 - Avaliação Renal:

Ausculta Renal:

Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico

☐ BAN ☐ TIC ☐ TSC ☐ Geminale

Oxigenoterapia: ☐ Não ☐ Sim ☐ O2 Contínuo ☐ Venturi % ☐ Macro NEZ

Drenos: ☒ Não ☐ DVE ☐ DVP ☐ Mediasfrnico

☐ Dreno à vácuo ☐ Pen Rose

☐ Torácico - selo d'água ☐ Não ☐ Sim

Aspiração contínua: ☐ Não ☐ Sim

17 - Avaliação Hepática:

Ausculta Hepática:

Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico

☐ BAN ☐ TIC ☐ TSC ☐ Geminale

Oxigenoterapia: ☐ Não ☐ Sim ☐ O2 Contínuo ☐ Venturi % ☐ Macro NEZ

Drenos: ☒ Não ☐ DVE ☐ DVP ☐ Mediasfrnico

☐ Dreno à vácuo ☐ Pen Rose

☐ Torácico - selo d'água ☐ Não ☐ Sim

Aspiração contínua: ☐ Não ☐ Sim





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO  
End.: ALTO DA FELICIDADE Nº. 110  
Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

DI.Cad: 12/05/2019  
Dt. Nasc: 15/01/1990  
Bairro: CENTRO  
Cidade: ITAMARACA  
CNS: 706808213354121

Leito: 2791

Data: / / Hora:

### Esquema Terapêutico:

### Exames Realizados:

### Informações e Intercorrências:

*Sam! My Sam!*

*Carla F. Zucchi*

Assinatura / Carimbo

[illegible]





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE / ADULTO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt.Cad: 12/05/2019

Dt. Nasc: 15/01/1990

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Bairro: CENTRO

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

Cidade: ITAMARACA

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 11C

CNS: 706808213354121

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Leito: LEITO 05

Data:

Hora:

Hipótese Diagnóstica:

14/05/19

#### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

1. Déficit neurológico ☐

2. Déficit cardíaco ☐

3. Ventilação prejudicada ☐

4. Padrão alimentar

Aumentado ☐

Diminuído ☐

5. Padrão de eliminação intestinal

Aumentado ☐

Diminuído ☐

6. Padrão de eliminação urinária

Aumentado ☐

Diminuído ☐

7. Dor ☐

Local: \_\_\_\_\_

8. Integridade tissular

prejudicada ☐

Local: \_\_\_\_\_

#### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

☐ Realizar a avaliação neurológica utilizando a escala de Glasgow de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Registrar alterações de nível de consciência

☐ Outros

☐ Registrar frequência cardíaca de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Realizar ausculta cardíaca de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Aferir pressão arterial de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Registrar queixas de palpitação

☐ Outros

☐ Manter decúbito elevado

☐ Aspirar vias aéreas de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Registrar oximetria de pulso de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Auscultar tórax de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Outros

☐ Pesar em jejum a cada \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Registrar aceitação alimentar diariamente

☐ Solicitar acompanhamento nutricional

☐ Outros

☐ Orientar e estimular ingestão hídrica

☐ Estimular exercícios físicos respeitando limitações

☐ Registrar frequência e características de eliminação intestinal

☐ Registrar ausência de eliminação intestinal

☐ Solicitar acompanhamento nutricional

☐ Outros

☐ Registrar balanço hídrico de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Descrever características da diurese

☐ Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária:

Bexiga neurogênica ☐

Disúria ☐

Bexigoma ☐

Incontinência ☐

☐ Medir volume de diurese de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Pesar diariamente em jejum

☐ Outros

☐ Registrar fáceis de dor

☐ Identificar alterações de tônus muscular

☐ Manter posicionamento confortável

☐ Registrar características e intensidade da dor

☐ Outros

☐ Descrever as características da lesão

☐ Realizar curativo de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

Local: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

☐ Realizar mudança de decúbito

☐ Outros

#### HORÁRIOS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
9. Náuseas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência	
10. Êmese <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar características	
	<input type="checkbox"/> Outros	
11. Desidratação <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ____ / ____ h	
	<input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade das mucosa	
	<input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele	
	<input type="checkbox"/> Outros	
12. Edema <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico à cada ____ / ____ h	
	<input type="checkbox"/> Descrever características do edema	
	<input type="checkbox"/> Registrar presença de inflamação / infecção	
	<input type="checkbox"/> Outros	
13. Depressão <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar diálogo de interação com o paciente e família	
Leve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Proporcionar distração tipo: _____	
Moderada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar avaliação psicológica	
Severa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
14. Déficit de auto-cuidado	<input type="checkbox"/> Auxiliar banho de aspersão	
Banho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito	
Vestir-se <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar higiene oral	
Higiene oral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
Alimentar-se <input type="checkbox"/>		
15. Risco para infecção <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais de <u>6/6</u> h	
	<input type="checkbox"/> Registrar presença de sinais flogísticos	
	<input type="checkbox"/> Coletar sumário de urina:	
	Urocultura, se febre <input type="checkbox"/> Hemocultura <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Outros	
16. Risco para aspiração <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Elevar decúbito	
	<input type="checkbox"/> Orientar início da dieta quando o paciente estiver bem acordado	
	<input type="checkbox"/> Avaliar posicionamento da sonda, tipo: _____ e aspirar resíduo gástrico antes de administrar a dieta	
	<input type="checkbox"/> Manter dieta suspensa durante o banho	
	<input type="checkbox"/> Outros	
17. Risco de queda	<input type="checkbox"/> Manter grades elevadas e leitos travados	
Baixo risco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinalizar o paciente na placa de identificação	
Alto risco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar ajuda para manipulação do paciente, se necessário	
	<input type="checkbox"/> Estimular deambulação com auxílio	
	<input type="checkbox"/> Orientar quanto a importância da leitura do folder	
	<input type="checkbox"/> Outros	

Márcia César Alencar Silva  
COREN-PE 516.110-ENF

Stania W. dos Santos  
Enfermeira  
COREN-PE - 549.696

ASSINATURA E CARIMBO  
ENFERMEIRO(A) / DIURNO E NOTURNO

Karla Má da Silva  
COREN-PE 531.493 - TE

ASSINATURA E CARIMBO  
TÉC. DE ENFERMAGEM / DIURNO E NOTURNO

JANAINA ALMEIDA DE ASSIS  
COREN-PE 517.969-TEC





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

# COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

## REGISTRO - Téc. Enfermagem - SAE - ADULTO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIF

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt. Cad: 12/05/2019

Dt. Nasc: 15/01/1990

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

End.: ALTO DA FELICIDADE

CNS: 706808213354121

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I LOOE

Leito: 2791

HORA: 08:00 - 19:00

PLANTÃO DIURNO

DATA 15/05/19

HD:

Estado geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta: ☒ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Dieta zero  
Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico  
Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativo: ☒ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente

Observações: Paciente consciente e orientado medicado conforme prescrição médica. Sem queixas até o momento. Segue aos cuidados da enfermagem.

Técnico de enfermagem

HORA: 19:00 - 04:00

PLANTÃO NOTURNO

DATA 15/05/19

Estado geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta: ☒ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Dieta zero  
Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico  
Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativo: ☒ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente

Observações: Paciente evolui em EGR consciente orientado, aférril SSV aférril medicado C.P.M., segue aos cuidados da enfermagem.

Técnico de enfermagem

## CHECAGEM DE MUDANÇA DE DECÚBITO

Horário	Assinatura / carimbo	Observações
08:00		
10:00		
12:00		
14:00		
16:00		
18:00		
20:00		
22:00		
00:00		
02:00		
04:00		
06:00		

			7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	T	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	T
	Asp. VAS																											
	Dens. U																											
Demais controles	Dextro																											
	Cetonúria																											
	Glicosúria																											
C o n t r o l e  H i d r i c o	Perdas	Nefrost.																										
		DVE																										
		Vômitos																										
		Fazes																										
		S. Gast.																										
		Diurese																										
		Dreno																										
	Ganhos	Medic.																										
		Soro																										
		NPT																										
		S. Gast.																										
		Oral																										
Oxigeno- terapia	PEEP																											
	Ar Comp.																											
	O2																											
	FI O2																											
	TIP O2																											
Sinais Vitalis	Temp.							35,8°C						36,1°C							36,0°C						35,9°C	
	Sat. O2																											
	F. Resp																											
	F.C.(bpm)																											
	Peso																											
	PA							120/80						120/80							120X80						160X120	
	Hora	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	T	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	T	





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## ( MPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.038.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

Leito: 2791

Dt. Cad: 12/05/2019

Dt. Nasc: 15/01/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 706808213354121

Data: 15 / 05 / 19

Hora:

HD:

#### Escala Visual Analógica (EVA) - Dor



1 - Estado geral: ☐ Grave ☐ Comprometido ☒ Regular ☐ Bom

2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular: ☒ Espontânea 4 ☐ Dor 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta verbal: ☒ Orientado 5 ☐ Confuso 4 ☐ Palavras inapropriadas 3 ☐ Nenhuma 1

Resposta Motora: ☒ Sons Incompreensíveis 2 ☐ Localiza dor 5 ☐ Refratria à dor 4 ☐ Nenhuma 1

☒ Obedece comandos 6 ☐ Resposta extensora 2 ☐ Flexão anormal 3 ☐ Paraplegia

Glasgow: 15 OBS: ☐ Parestias ☐ Realivo ☐ Hipocativo ☐ Sedado

3 - Avaliação Emocional: ☒ Alivo ☐ Gemente ☐ Comaloso ☐ Mioso

4 - Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midríase ☐ Miase

5 - Tórus: ☒ Realivas ☐ Não realivas ☐ Hipotônico ☐ Hipertônico

6 - Decúbito: ☐ Normal ☐ Fowler ☐ Outro: ☒ Medial

7 - Temperatura: ☐ Trendelenburg ☐ Dorsal ☐ Febril

8 - Pele e Mucosas: ☐ Hipotermico ☐ Febril

Condições: ☒ Úmida ☐ Descarnativa

Coloração: ☒ Normoconado ☐ Ictérico ☐ Cianótico

Distribuição Hídrica: ☒ Boa ☐ Desidratado

9 - Avaliação Pulmonar:

Ausculta Respiratória: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico

Padrão respiratório: ☒ BAN ☐ TIC ☐ TSC ☐ Gemente

Oxigenoterapia: ☒ Não ☐ Sim ☐ O2 Contínuo ☐ Venturi % ☐ Macro NBZ

Drenos: ☒ Não ☐ DVE ☐ DVP ☐ Medialítico ☐ Pen Rose

Dreno a vácuo: ☐ Torácico - selo d'água ml ☐ Oscila ☐ Não oscila

Aspiração contínua: ☐ Sim ☐ Não

#### 10 - Avaliação Cardiovascular:

Ausculta Cardíaca:

Pulso: ☒ Cheio ☐ Filiforme ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico

☐ Normotenso ☐ Hipertenso ☐ Hipotenso

Perfusão periférica: ☐ Boa ☐ Regular ☐ Lentificada ☐ Ausente

☐ PVC ☐ PAM local ☐ PNI

Artéria venosa: ☐ Periférico ☐ Função venosa central ☐ Dissecção venosa

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Condições: \_\_\_\_\_

#### 11 - Aspecto Nutricional:

Dietas: ☒ V.O ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Zero

☐ RG ml Aspecto: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

12 - Avaliação Gastrointestinal / Genitourinário:

Abdomem: ☒ Flácido ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Semigloboso ☐ Globoso

☐ Visceromegalia: ☐ Sim ☐ Não ☐ Sam anormal ☐ Massa tumoral ☐ Ascite

☐ Oclonias ☐ Incidências: \_\_\_\_\_

Dor à palpitação: ☐ Presente >>> ☐ Espontânea ☐ Espontânea em fralda ☐ SVA \_\_\_\_\_ vezes ☐ Cistostomia

☐ SVD Instalada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_

☐ Ausente ☐ Hematúria ☐ Disúria ☐ Nictúria

Achados anormais: ☐ Polúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Disúria ☐ Nictúria

☐ Polaciúria ☐ Colúria

Evacuação: ☒ Sim ☐ Não Quant. \_\_\_\_\_ vezes/dia Aspecto: \_\_\_\_\_

Genitália: ☐ Integra ☐ Hipertrofia ☐ Edema Lesões: \_\_\_\_\_

13 - UPP: ☐ Sim ☒ Não Local: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_

14 - Curativo: ☒ Sim ☐ Não Tipo: F.O

Local: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Síglario:

BAN: Batimento de abito nasal

TIC: Trigemino intercostal

TSC: Trigemino subcostal

DVE: Derivação ventricular edema

DVP: Derivação ventricular perfusão

NEB: Nebulização

PVC: Pressão venosa central

PAM: Pressão arterial média

PNI: Pressão não invasiva

VO: Via oral

SGB: Sonda orogástrica

SNG: Sonda nasogástrica

SNE: Sonda nasointestinal

NPT: Nutrição parenteral total

GTT: Gastrostomia

RG: Registro gástrico

HGT: Hemoglobina

SVA: Sonda vesical de alívio

SVD: Sonda vesical de demora

UPP: Úlcera por pressão



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº. 110

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

DT.Cad: 12/05/2019

DT. Nasc: 15/01/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 706808213354121

Leito: 2791

Data: / / Hora:

### Esquema Terapêutico:

### Exames Realizados:

### Informações e Intercorrências:

Stanley W. dos Santos  
Enfermeiro  
CORENPE - 549.698

Assinatura / Carimbo





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## MPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ADULTO

Registro: 5496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº. 110

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

DI Cad: 12/05/2019

DI Nasc: 15/01/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 706808213354121

Leito: 2791

Data: 15/05/19 Hora: 20h

HD:

Pre Andar Palar Jello D

#### Escala Visual Analógica (EVA) - Dor



1 - Estado geral: ☐ Grave ☐ Comprometido ☒ Regular ☐ Bom

2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular: ☒ Espontânea 4 ☐ Dor 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta verbal: ☒ Orientado 5 ☐ Confuso 4 ☐ Palavras inapropriadas 3

Resposta Motora: ☒ Sons incoerentes 2 ☐ Nenhuma 1

☒ Obedece comandos 6 ☐ Localiza dor 5 ☐ Retirada à dor 4

☐ Flexão anormal 3 ☐ Resposta extensora 2 ☐ Nenhuma 1

Glasgow: 15 OBS: ☐ Paresias ☐ Paraplegia

☐ Realivo ☐ Hipotivo ☐ Sedado

☐ Gemente ☐ Comatoso ☐ Miose

☐ Anisocóricas ☐ Midríase ☐ Miase

☐ Não reativas ☐ Hipotônico

☐ Normal ☐ Fowler

☐ Hipotermico ☐ Febril

3 - Avaliação Emocional: ☒ Alivo ☐ Outro: \_\_\_\_\_

4 - Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas

☒ Reativas ☐ Não reativas

5 - Tónus: ☐ Normal ☐ Hipotônico

6 - Decúbito: ☐ Trendelenburg ☐ Dorsal

7 - Temperatura: ☐ Hipotermico ☐ Febril

8 - Pele e Mucosas: ☒ Úmida ☐ Descarnativa

☒ Normocorado ☐ Ictérico

☒ Boa ☐ Edemaciado

9 - Avaliação Pulmonar:

Ausculta Respiratória: ☒ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico

☒ BANC ☐ TIC ☐ TSC ☐ Resp. ruidosa ☐ Gemente

☒ Não ☐ Sim ☐ O2 Contínuo ☐ Venturi \_\_\_\_\_ % ☐ Macro NBZ

Oxigenoterapia: ☒ Não ☐ DVE ☐ Mediastínico ☐ Pen Rose

Drenos: ☒ Não ☐ DVE ☐ Pen Rose

☐ Dreno a vácuo ☐ Oscila ☐ Não oscila

☐ Torácico - selo d'água \_\_\_\_\_ ml ☐ Borbulha ☐ Drenado \_\_\_\_\_ ml

Aspiração contínua: ☐ Sim ☒ Não

#### 10 - Avaliação Cardiovascular:

Ausculta Cardíaca:

Pulso: ☒ Cheio ☐ Filiforme ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico

☒ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso

Perfusão periférica: ☒ Boa ☐ Regular ☐ Lentificada

Acesso venoso: ☐ PVC ☐ Penfítico ☐ Puncão venosa central ☐ Dissecção venosa

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Condições: \_\_\_\_\_

11 - Aspecto Nutricional:

Dietas: ☒ V.O ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Zero

☐ RG \_\_\_\_\_ ml Aspecto: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

12 - Avaliação Gastrointestinal / Geniturinário:

Abdome: ☒ Flácido ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Semíglobo ☐ Globoso

☐ Visceromegalia: ☐ Sim ☒ Não ☐ Sem anomalia ☐ Massa tumoral ☐ Ascite

Dor à palpação: ☐ Sim ☒ Não ☐ Sem anomalia ☐ Incisões: \_\_\_\_\_

Diurese: ☒ Presente >>> ☐ Espontânea ☐ Espontânea em fralda ☐ SVA \_\_\_\_\_ vezes ☐ Cistostomia

☐ SVD instalada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_

☐ Ausente ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Disúria ☐ Nictúria

Achados anormais: ☐ Polúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Disúria ☐ Nictúria

☐ Polaciúria ☐ Colúria

Evacuação: ☒ Sim ☐ Não Quant. \_\_\_\_\_ vezes/dia Aspecto: \_\_\_\_\_

Genitália: ☒ Integra ☐ Hiperemia ☐ Edema ☐ Lesões: \_\_\_\_\_

13 - UPP: ☐ Sim ☒ Não Local: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_

14 - Curativo: ☐ Sim ☒ Não Tipo: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Signatário:

BAN: Balanço de alta nasal

TIC: Triagem intercostal

TSC: Triagem subcostal

DVE: Derivação ventricular externa

DVP: Derivação ventricular peritoneal

NEB: Nebulização

PVC: Pressão venosa central

PAM: Pressão arterial média

PNE: Pressão não invasiva

SOG: Sonda orogástrica

SNG: Sonda nasogástrica

SNE: Sonda nasointestinal

MPT: Nutrição parenteral total

GTT: Cistostomia

RG: Registro gástrico

HGT: Hemoglobina

SVA: Sonda vesical de alívio

SVD: Sonda vesical de demora

UPP: Uretra por pressão



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619  
Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO  
End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110  
Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253  
DL Cad: 12/05/2019  
DL Nasc: 15/01/1990  
Bairro: CENTRO  
Cidade: ITAMARACA  
CNS: 706808213354121  
Data: / / Hora:

Leito: 2791

### Esquema Terapêutico:

### Exames Realizados:

### Informações e Intercorrências:

Kessia Cavalcanti  
Enfermeira  
COREN-PE 10.357

Assinatura / Carimbo





# COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.901/0001-29

Fundação Professor Márcio Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.839.744/0001-94

INST: MI  
Registro  
Nome:  
Mae:  
End:  
Enferm.:

DATA / HORA

EVOLUÇÃO

15/05/19  
(10h)

# Psicologia #

Primeiro atendimento realizado por breves atores, apresenta-se receptivo ao conteúdo, humor calmo, orientado psicologicamente. Realizada a apresentação do serviço e entrevista inicial, a partir da qual é estabelecido o plano de trabalho, sendo fixados trabalhos e a ansiedade e fantasia, pre-clusão da paciente analise das ideias clinicas, foi orientado para que continue em contato com a equipe medica. Segue acompanhamento de sua alta hospitalar.

Shildren Alves  
Psicologa  
CRP - 02/19388

SA



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt. Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Nasc: 15/01/1990

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L00E

Leito: 2791

CNS: 706808213354121

DATA DE NASCIMENTO

Masculino  
1

Feminino  
3

Cônjuge  
4

Filho  
6

Outro dep.  
8

CPF DO MÉDICO SOLICITANTE

VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

Empregado  
1

Empregador  
2

Autônomo  
2 3

Desempregado  
5

Aposentado  
7

DIAGNÓSTICO INICIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐ MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO

☐ DIÁRIA DE UTI

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ VACINA ANTI R

☐

☐ USO DE PRÓTESE ÓRTESE

☐ USO DE FATIRES DE COAGULAÇÃO

☐ USO DE OXIGENADORES

☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL

☐

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

RESUMO DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CÓDIGO  
0303090316

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

CÓDIGO

MOTIVO DE ALTA

DATA DA INTERNAÇÃO

12.05.19.

DATA DE ALTA

15.05.19.

DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO

MÃOS - LAVAGEM RIGOROSA ANTES E APÓS MANUSEAR O PACIENTE - CCIH - IMIP

Audiência  
CCIH - IMIP  
Auditoria  
Auditoria  
Auditoria



ESPECIFICAÇÃO DOS EXAMES REALIZADOS

OUTROS PROCEDIMENTOS

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA DO CHEFE DA CLÍNICA



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE / ADULTO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIF

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt. Cad: 12/05/2019

Dt. Nas: 15/01/1990

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Bairro: CENTRO

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

Cidade: ITAMARACA

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 116

CNS: 706806213354121

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Leito: LEITO 05

Hipótese Diagnóstica:

Data:

15/05/19

Hora:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Déficit neurológico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar a avaliação neurológica utilizando a escala de Glasgow de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar alterações de nível de consciência <input type="checkbox"/> Outros	
2. Déficit cardíaco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência cardíaca de ____/____h <input type="checkbox"/> Realizar ausculta cardíaca de ____/____h <input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar queixas de palpitação <input type="checkbox"/> Outros	
3. Ventilação prejudicada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar oximetria de pulso de ____/____h <input type="checkbox"/> Auscultar tórax de ____/____h <input type="checkbox"/> Outros	
4. Padrão alimentar Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pesquisar em jejum a cada ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar aceitação alimentar diariamente <input type="checkbox"/> Solicitar acompanhamento nutricional <input type="checkbox"/> Outros	
5. Padrão de eliminação intestinal Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Orientar e estimular ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Estimular exercícios físicos respeitando limitações <input type="checkbox"/> Registrar frequência e características de eliminação intestinal <input type="checkbox"/> Registrar ausência de eliminação intestinal <input type="checkbox"/> Solicitar acompanhamento nutricional <input type="checkbox"/> Outros	
6. Padrão de eliminação urinária Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ____/____h <input type="checkbox"/> Descrever características da diurese <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária: Bexiga neurogênica <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Bexigoma <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medir volume de diurese de ____/____h <input type="checkbox"/> Pesquisar diariamente em jejum <input type="checkbox"/> Outros	
7. Dor <input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Registrar fáceis de dor <input type="checkbox"/> Identificar alterações de tônus muscular <input type="checkbox"/> Manter posicionamento confortável <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros	
8. Integridade tissular prejudicada <input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Descrever as características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo de ____/____h Local: _____ Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Outros	



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
9. Náuseas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência	
10. Êmese <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar características	
	<input type="checkbox"/> Outros	
11. Desidratação <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ____ / ____ h	
	<input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade das mucosas	
	<input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele	
	<input type="checkbox"/> Outros	
12. Edema <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico a cada ____ / ____ h	
	<input type="checkbox"/> Descrever características do edema	
	<input type="checkbox"/> Registrar presença de inflamação / infecção	
	<input type="checkbox"/> Outros	
13. Depressão <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar diálogo de interação com o paciente e família	
Leve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Proporcionar distração tipo: _____	
Moderada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar avaliação psicológica	
Severa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
14. Déficit de auto-cuidado	<input type="checkbox"/> Auxiliar banho de aspersão	
Banho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito	
Vestir-se <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar higiene oral	
Higiene oral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
Alimentar-se <input type="checkbox"/>		
15. Risco para Infecção <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais de <u>6 / 6</u> h	12 18 24 06
	<input type="checkbox"/> Registrar presença de sinais flogísticos	
	<input type="checkbox"/> Coletar sumário de urina:	
	Urocultura, se febre <input type="checkbox"/> Hemocultura <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Outros	
16. Risco para aspiração <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Elevar decúbito	
	<input type="checkbox"/> Orientar início da dieta quando o paciente estiver bem acordado	
	<input type="checkbox"/> Avaliar posicionamento da sonda, tipo: _____ e aspirar resíduo gástrico antes de administrar a dieta	
	<input type="checkbox"/> Manter dieta suspensa durante o banho	
	<input type="checkbox"/> Outros	
17. Risco de queda	<input type="checkbox"/> Manter grades elevadas e leitos travados	
Baixo risco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinalizar o paciente na placa de identificação	
Alto risco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar ajuda para manipulação do paciente, se necessário	
	<input type="checkbox"/> Estimular deambulação com auxílio	
	<input type="checkbox"/> Orientar quanto a importância da leitura do folder	
	<input type="checkbox"/> Outros	

Stanislav Pintos  
COREN 698

ASSINATURA E CARIMBO  
ENFERMEIRO(A) / DIURNO E NOTURNO

ASSINATURA E CARIMBO  
TÉC. DE ENFERMAGEM / DIURNO E NOTURNO





SUS



## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94



## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do Estabelecimento Solicitante  
INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP  
3-Nome do Estabelecimento Executante  
INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

2-cnes 0000434  
4-cnes 0000434

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Registro: 5496519

CNS: 706808213354121

Dt. Nasc: 15/01/1990

Atendimento: 9946253

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

End.: ALTO DA FELICIDADE

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005 Leito: 2791

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## 17-PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente admitido p/ reconstrução dos  
mecanismos extensor de pulso (D).

## 18-CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

## 20-DIAGNÓSTICO INICIAL

21-CID 10 PRINCIPAL

22-CID 10 SECUNDÁRIO

23-CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## 24-DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## 25-CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

## 26-CLÍNICA

## 27-CARÁTER DA INTERNAÇÃO

## 28-DOCUMENTO

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

## 30-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

## 31-DATA DA SOLICITAÇÃO

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33- ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37-Nº DO BILHETE

38-SERIE

34- ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40-CNAE DA EMPRESA

41-CBOR

35- ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

## 42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

## 43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## 44- COD.ÓRGÃO EMISSOR

## 49-1ª DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO  
( ) CNS ( ) CPF

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

## 47-DATA DA AUTORIZAÇÃO

## 48-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

AIH

261910310844-6

Grupo de Ortopedia

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Data: 16/05/2019

PACIENTE: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

REG: 5496619

CIRURGIÃO: DR FELIPE NUNES

1º AUXÍLIO: DR DIEGO PIRES

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

ANESTESISTA: DRA. FELIPE LIRA

Cirurgia: RECONSTRUÇÃO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO DIREITO

Reconstrução do tendão patelar (0408050136)

Transposição miotendínea de um tendão (0408060549)

Transferência muscular (0408050390)

osteotomia de ossos longos (0408060890)

1. Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia + sedação
2. Aplicação de garrote coxa DIREITA
3. Assepsia e anti-sepsia com clorexidina em MID
4. Aposição de campos estéreis
5. Incisão longitudinal em região da patela direita do pólo superior da patela até proximidade da tuberosidade anterior da tibia
6. Dissecção por planos
7. Visualizada lesão do tendão patelar
8. Realizada osteotomia de tibia
9. Fabricação de 3 túneis para fixação do tendão patelar na patela
10. Realizada transposição miotendínea para reconstrução do tendão patelar
11. Realizada fixação do tendão patelar através dos túneis fabricados
12. Sutura por planos com fios vycril e nylon
13. Curativo
14. Retirada de garrote em coxa DIREITA
15. Tala Joelheira em MID
16. Observada boa perfusão distal em MID

Dr. Lap. Gustavo Freire  
Médico  
CRM-PE 28559



Grupo de Ortopedia

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Data: 16/05/2019

PACIENTE: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

REG: 5496619

CIRURGIÃO: DR FELIPE NUNES

1º AUXÍLIO: DR DIEGO PIRES

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

ANESTESISTA: DRA. FELIPE LIRA

**Cirurgia:** RECONSTRUÇÃO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO DIREITO

Reconstrução do tendão patelar (0408050136)

Transposição miotendínea de um tendão (0408060549)

Transferência muscular ( 0408050390 )

\*teotomia de ossos longos ( 0408060890)

1. Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia + sedação
2. Aplicação de garrote coxa DIREITA
3. Assepsia e anti-sepsia com clorexidina em MID
4. Aposição de campos estéreis
5. Incisão longitudinal em região da patela direita do pólo superior da patela até proximidade da tuberosidade anterior da tibia
6. Dissecção por planos
7. Visualizada lesão do tendão patelar
8. Realizada osteotomia de tibia
9. Fabricação de 3 túneis para fixação do tendão patelar na patela
10. Realizada transposição miotendínea para reconstrução do tendão patelar
11. Realizada fixação do tendão patelar através dos túneis fabricados
12. Sutura por planos com fios vycril e nylon
13. Curativo
14. Retirada de garrote em coxa DIREITA
15. Tala Joelheira em MID
16. Observada boa perfusão distal em MID

Dr. Len Bastião Freire  
Médico  
CRM-PE 28559



## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

## REGISTRO - Téc. Enfermagem - SAE - ADULTO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt.Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Nasc: 15/01/1990

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Leito: 2791

CNS: 706806213354121

HORA: 07:00 - 19:00

PLANTÃO DIURNO

DATA: 16/05/19

HD: RICARDO

Estado geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta: ☒ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Dieta zero  
Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico  
Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativo: ☒ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos: ☐ Sim ☒ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese ☒ Presente ☐ Ausente

Observações: consciente, orientado, medicado com SSVU estáveis, sem queixas. segue aos cuidados de enfermagem

COREN-PE 531.493 - 1<sup>a</sup>

Técnico de enfermagem

HORA: 23:00

PLANTÃO NOTURNO

DATA: 16/05/19

Estado geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta: ☒ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Dieta zero  
Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico  
Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativo: ☒ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos: ☐ Sim ☒ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese ☒ Presente ☐ Ausente

Observações: Paciente em POI, consciente, parado, medicado CPM, segue sob cuidados de enfermagem

Adriana Maria Silva  
Técnico de enfermagem  
700783-1<sup>a</sup>

CHECAGEM DE MUDANÇA DE DECÚBITO

Horário	Assinatura / carimbo	Observações
08:00		
10:00		
12:00		
14:00		
16:00		
18:00		
20:00		
22:00		
00:00		
02:00		
04:00		
06:00		





Instituto de Medicina Integral Prof  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

# COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIF

## MATERIAL DE SALA

Registro: 5496619

Atendimento: 9948253

DI.Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Nasc: 16/01/1990

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAC

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 11C

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I LOGE

Leito: 2791

CNS: 706808213354121

Cirurgião: Felipe Nunes

Auxiliar:

Anestesista: Jandara de Paula

Anestesia: Roque

Cirurgia: Jandara de Paula

Data: 06/02/19

Início:

Término:

MEDICAMENTOS				MEDICAMENTOS			
COD.	DESCRIÇÃO	QTD	COD.	DESCRIÇÃO	QTD	COD.	DESCRIÇÃO
43318	ACIDO EPSILON-AMINOCAPROICO 4G		43348	NEOSTIGMINA 0,5 MG/ML 1ML			
45802	ACIDO TRANEXAMICO 250MG 5ML	05	43380	NITROPRUSSATO DE SODIO 25 MG/ML 2ML			
42911	AGUA BIDESTILADA 10ML		43381	NORADRENALINA 4MG/4ML 4ML			
43525	ALBUMINA HUMANA 20 % 50 ML		43538	ONDANSETRONA 4MG/2ML 2ML			
43323	ATACURUM 25 MG/2,5ML 2,5ML		43323	PANCURONIO 2 MG/ML 2ML			
43527	ATROPINA 0,25MG/ML 1ML		43383	PAPAVERINA 50MG/ML 2ML			
42919	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 10 ML		43648	PROTAMINA 1% 5 ML			
43623	BUPIVACAINA C/ADRENALINA 0,5% 20ML		42978	RINGER CLACTATO 500 ML			
43625	BUPIVACAINA PESADA 0,5% 4ML		43386	ROCURONIO 10MG/ML 5ML			
43626	BUPIVACAINA S/ADRENALINA 0,5% 20ML		43387	ROPIVACAINA 10MG/ML 20ML			
43576	CEFAZOLINA 1G LV.		43848	SOLUÇÃO CARDIOPLEGICA 10ML			
43580	CEFTRIAXONA 1G LV.	02	45020	SOLUÇÃO DE ELETROLITOS (PLASMA LYTE)			
43595	CETOPROFENO 100MG LV.		42982	SULFATO DE MAGNESIO 50% 10 ML			
43326	CETOROLACO 30MG/ML SOL INJ 1ML		43658	SUXAMETONIO 100MG			
43528	CIPROFLOXACINA 200MG/100ML 100ML			MEDICAMENTOS CONTROLADOS			
43328	CISATACURIO 2MG/ML 5ML						
43428	CLONIDINA 150MG/ML 1ML		43320	ALFENTANIL 0,5 MG/ML 5 ML			
42924	CLORETO DE POTASSIO 10% 10 ML		43431	DEXMEDETOMIDINA 100MG/ML 2ML			
	CLORETO DE SODIO 0,9%		42935	DEXTRORETAMINA 50MG/ML 2ML			
43446	COMPLEXO PROTROMBINICO 500UI		43561	DIAZEPAN 10MG/2ML 2ML			
	CONTRASTE RADIOLOGICO 50ML/100ML		43432	DROPERIDOL 2,5MG + FENTANIL 50MCG 2 ML			
43562	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML		43555	ETOMIDATO 2 MG/ML 10ML			
43598	DIPIRONA 500 MG/ML 2ML		43617	FENTANIL 0,00785 MG/ML 2ML			
43680	DOBUTAMINA 250 MG/20ML 20 ML	02	43616	FENTANIL 0,0785 MG/ML 10ML			01
43558	DOPAMINA 50MG/10ML 10 ML		43336	FLUMAZENIL 0,1MG/ML 5 ML			
43557	EPINEFRINA 1MG/ML 1 ML		43542	MIDAZOLAN 5 MG/ML 3ML			
43334	ETILEFRINA 10MG/ML 1ML		44027	MORFINA 0,1MG/ML 1ML			
43820	FIBRINOGENIO 2ML COLA		43539	MORFINA 10MG/ML 1ML			
43551	FUROSEMIDA 10MG/ML 2ML		43541	MORFINA 1MG/ML 2 ML			01
43550	GENTAMICINA 80MG/2ML 2ML		43347	NALOXONA 0,4 MG/ML 1 ML			
	GLUCOSE 5%		43384	PETIDINA 50MG/ML 2ML			
42954	GLUCONATO CALCIO 10% 10ML		43385	PROPOFOL 10MG/ML 20ML			
43548	HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML 5 ML		43649	REMIFENTANIL 1MG/ML 2ML			
43592	HIDROCORTIZONA 500MG		43653	SEVOFLURANO 100ML			
43639	LEVOBUPIVACAINA 0,5% 10M		43435	SUFENTANIL (CITRATO) 5MCG/ML 2ML			01
43840	LIDOCAINA 2% C/ADRENALINA 20ML		43534	TRAMADOL 50MG/ML 1ML			
43860	LIDOCAINA 2% GEL 10G, ESTERIL			MEDICAMENTOS CIRURGICOS			
42960	LIDOCAINA 2% GEL 30G						
43841	LIDOCAINA 2% S/ VASO 5ML	01					
	LIDOCAINA 2% S/ADRENALINA 20ML						
43777	MANTOL 20% 250ML						
43784	MERCAPENEM 1G LV						
43583	MERCAPENEM 10MG/ML 1ML		129	CERA PARA OSSO			
43341	METARAMBOL 10MG/ML 1ML			FIO DE POLIÉSTER (ETHIBOND)			
43590	METIL PREDNISONA 500 MG		15938	FITA CARDIACA			
43831	METRONIDAZOL 500 MG/5G GEL			FIO DE POLIGLECAPRONE	05		01
43565	METRONIDAZOL 500 MG 100ML			FIO DE NYLON			
43836	NEOMICINA 5MG+BACITRACINA 250 UI 15G			FIO DE POLIDIOXANONA (POS)			



FIO CIRURGICOS			DESCARTAVEIS COAGULACAO		
COD	DESCRICAO	QTOE	COD	DESCRICAO	QTOE
	FIO SINTETICO ABSORVIVEL (VICRYL)		21294	DRENO DE BLAKE 19 FR	
	FIO DE ALGODAO		28140	DRENO DE BLAKE 24 FR	
	FIO DE POLIPROPILENO (PROLENE)			DRENO DE SUCCAO (3,2-4,5-8,4)	
	FIO DE SEDA			DRENO DE TORAX 1000 mL (16- 18- 20- 22- 24- 28- 28- 30- 32)	
718	FIO DE MARCAPASSO				
DESCARTAVEIS			DESCARTAVEIS COAGULACAO		
COD	DESCRICAO	QTOE	COD	DESCRICAO	QTOE
16020	AGULHA DE PUNCAO CHIBA 20X20		16248	DRENO DE TORAX C/ COLETOR DE 2000 mL N 36	
169	AGULHA DESCARTAVEL 13X4,5	03	741	ELETRODO DESCARTAVEL P/ ECG	
77	AGULHA DESCARTAVEL 25X7		36661	EQUIPO BOMBA DE INFUSAO	
16329	AGULHA PARA ASPIRACAO 1,20X25 18G		36660	EQUIPO BOMBA DE INFUSAO FOTOSSENSIVEL	
24425	AGULHA P/ BIOPSIA RENAL 16GX20		152	EQUIPO C/ CAMARA GRADUADA	
24426	AGULHA P/ BIOPSIA RENAL 18GX20		14709	EQUIPO P/ IRRIGACAO, 2 VIAS, DE ARTROSCOPIA	
703	AGULHA P/ PERIDURAL 17 G		157	EQUIPO P/ SORO MACROGOTA	25
702	AGULHA P/ RAQUE N. 25		206	ESPONJA DE CELULOSE 6CM X 7 CM (SURGICEL)	
758	AGULHA P/ RAQUE N. 27		176	ESPONJA DE GELATINA +- 80X125MM (GELFOAN)	
11074	AGULHA PEDIATRICA PERIDURAL 20 G 50MM	01	744/745	EXTENSOR 20CM/40CM	
18325	AGULHA DE PLEXO BRAQUIAL 22 G X 2" 50MM		746/13085	EXTENSOR 60CM/120CM	
21380	ALGODAO NEUROCIRURGICO PEQUENO		5612	EXTENSOR FOTOSSENSIVEL DE 120 CM	
21381	ALGODAO NEUROCIRURGICO MEDIO			FAIXA DE SMARCH (10CM -15CM-20CM)	
21382	ALGODAO NEUROCIRURGICO GRANDE		35414	FILTRO HIGROSCOPIO	
	ALGODAO ORTOPEDICO (10CM- 12CM)		53/12016	LAMINA DE BISTURI N.11/N.12	
	ATADURA DE GREPE (10CM-15CM-20CM-30CM)	04	54/55	LAMINA DE BISTURI N.15/N.20	
	ATADURA GESSADA (10 CM - 15 CM)		58/57	LAMINA DE BISTURI N.22/N.24	02
38088	BOLSA DE DRENAGEM D-BAG 600ML		1179	LUVA CIRURGICA ISENTA LATEX (6,5-7,0-8,0-8,5)	
6907	BOLSA P/ COLOSTOMIA DRENAVEL C/ ADESIVO			LUVA CIRURGICA N.6,5 ESTERILIZADA	06-06
15825	CAMPO OPERATORIO 45CMX45CM		58/59	LUVA CIRURGICA N.7,0 / N.7,5 ESTERILIZADA	
	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA C/CUFF	06	17051	MANGUEIRA DE ASPIRACAO, ESTERIL	
	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA S/CUFF			SERINGA DESCARTAVEL, COM ROSCA	
15659	CAPA DE VIDEO LAPAROSCOPIA		141/142	SERINGA INSULINA, 1ML/3ML	
20143	CAPA PARA MICROSCOPIO C/ VISOR		143/144	SERINGA, SEM ROSCA, 5ML/10ML	03
11566	CATETER CENTRAL DUPLO LUMEN 5FR X 15CM		145/146	SERINGA, SEM ROSCA, 20ML/60ML	
11459	CATETER CENTRAL DUPLO LUMEN 7FR X20CM		17325	SERINGA, 60ML, BICO LONGO	
1254	CATETER CENTRAL DUPLO LUMEN 4FRX15CM		27819	SISTEMA ESTERIL TRANSF. FLUIDOS	02
38475	CATETER CENTRAL TRIPL0 LUMEN 7FR X20CM			SONDA DE FOLEY DE SILICONE	
	CATETER DRENAGEM GERAL (08 FR-10 FR-12 FR)			SONDA DE FOLEY COM 2 VIAS	
	CATETER DUPL0 J (6 FR - 3 FR)			SONDA DE FOLEY COM 3 VIAS	
214	CATETER EPIDURAL 16			SONDA ENDOBRONQUIAL DL ROBERTSHAW	
184/40	CATETER INTRAVENOSO N.14/N.16			SONDA ENDOTRAQUEAL C/ CUFF ARAMADA	
41/42	CATETER INTRAVENOSO N.18/N.20	02		SONDA ENDOTRAQUEAL C/ CUFF	
43/44	CATETER INTRAVENOSO N.22/N.24			SONDA ENDOTRAQUEAL S/ CUFF	
675	CATETER NASAL TIPO OCULOS	02		SONDA ESTOMACAL CURTA	
19627	CATETER PERIDURAL 18 G			SONDA NASO-GASTRICA LONGA	
18724	CATETER IMPLANTADO ADULTO 9,8F			SONDA P/ ALIMENTACAO ENTERAL	
6071	CATETER IMPLANTADO INFANTIL 6,8F			SONDA RETAL	
8500	CATETER IMPLANTAVEL LACTENT			SONDA URETRAL	
1207	CATETER UMBILICAL ARGYLE NUMERO 3,5 FR		5548	TELA PROTESICA 100% POLIPROPILENO	
25717	CIMENTO OSSEO			TORNEIRA 3-VIAS, BICO SEM ROSCA	
17300	CLIP DE TITANIO 100 C/ CLIPADOR DISPONIVEL		10293	TUBO DE HIPOSPADIA SILICONE	
17301	CLIP DE TITANIO 200 C/ CLIPADOR DISPONIVEL		43820	TUBOS P/ MONITOR COAGULACAO ATIVADA (TCA)	
16910	CLIP DE TITANIO 300 C/ CLIPADOR DISPONIVEL			COLA DE FIBRINOGENIO	
16911	CLIP DE TITANIO 400 C/ CLIPADOR DISPONIVEL				
19696	CLIP HEMOLOK P/ VASOS DE 7 A 16MM XL				
19697	CLIP HEMOLOK P/ VASO DE 5 A 13MM. ROXO				
21295	COLETOR URINA, SIST FECHADO PARA RN 150ML				
49	COLETOR DE URINA SEMI-FECHADO				
13982	COLETOR URINA SIST. FECHADO C/VALVULA				
48	COLETOR URINA SISTEMA FECHADO				
687	COMPRESSA DE GAZE ESTERIL				
114	CONEXAO 2 VIAS				
	DISPOSITIVO PARA CIRCUNCISAO (1.3-1.4-1.5-1.7)				





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

# COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

## FICHA DE ANESTESIA

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 5496519

Atendim. n.º: 9946253

Data: 16/5/14

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt.C id: 12/05/2019

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Dt. I asc: 15/01/1990

End.: ALTO DA FELICIDADE N.º 11C

Bair.: CENTRO

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Leito: 2731

Cidade: ITAMARACA

CNS: 706808213354121

Paciente

Sexo: M

Cor: Br

Idade: 29

Peso: 75

CRM

Nome do Anestesiista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-Anestésica

Cirurgia

Urgência

☒ Não

☐ Sim

Horário

O<sub>2</sub>

N<sub>2</sub>O

Líquidos

SaO<sub>2</sub>

ETCO<sub>2</sub>

ECG

DIU

Anotações

Drogas Usadas

Doses

Raqui:

② bupivacaína P

③ Morfina

EV:

① Oxalato

② Midazolam

③ Fentanyl

④ Dexmedetomidina

⑤ Toradol

⑥ Dipiridamol

⑦ Valproato

Monitorização

☒ Cardioscópio

☒ Cxmetro

☒ P<sub>ti</sub>

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Espec. Pré Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analizador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ PP/VS

Técnica Anestésica

☐ Acompanhamento Respiração

☒ Sedação

☐ A.Geral

☐ EV

☐ Inalatória

☐ Balneoceda

☐ A.G. + Bloqueio

☐ Método

☐ Valvular

☐ Avalvular

☒ Espontânea

☐ Controlada

☐ PCV

☐ VCV

☐ Suporte

☐ IOT

☐ INT

☐ ML

☐ Traqueo

FR

PIT

PEEP

FiO<sub>2</sub>

Bloqueio

☒ Raqui

☐ Peri

☐ P.Braquial

☐ Cateter SCINT

Destino

☐ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Encaminhado

☐ Acordado

☐ Sonoletto

☐ Intubado

☐ Drogas

☐ Vasoativas

Balanco hídrico final:

Perdas:

Jejum

Perdas Insensíveis

Diurese

Sangramentos

Intercorrências:

☐ Sim

☐ Não

Ganhos:

RL

SF0,9%

OBS.

Aspersão + antissepsia m

da/sa punção mediana m

L3-L4 ca aslh-2+6, L4+6

limpa

Assinatura do Anestesiista

Felipe Lira Tavares

Felipe Lira Tavares  
Médico Anestesiologista  
CRM 18088

+ Cua Soas M

CIR. PED (KIT2) / ORD.18.4



## IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ ASA: \_\_\_\_\_

Cirurgia: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES PESSOAIS:

Cirurgias/Anestésias Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Hemotransfusão: \_\_\_\_\_

☐ Tabagismo
 ☐ Etílico
 ☐ Uso de Tóxicos

## ANTECEDENTES FAMILIARES: \_\_\_\_\_

## INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO

SISTEMA CARDIOVASCULAR: \_\_\_\_\_

SISTEMA DIGESTIVO: \_\_\_\_\_

SISTEMA ENDÓCRINO: \_\_\_\_\_

SISTEMA NEUROLÓGICO: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO EM USO: \_\_\_\_\_

SISTEMA RESPIRATÓRIO: \_\_\_\_\_

SISTEMA UROGENITAL: \_\_\_\_\_

SISTEMA LOCOMOTOR: \_\_\_\_\_

OUTROS: \_\_\_\_\_

## EXAME FÍSICO:

Estado Geral: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

SNC: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

OUTROS: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA:

MALLAMPATI: \_\_\_\_\_

Distância tiromento: ☐ < 6,0cm ☐ > 6,0cm

Abertura Boca: \_\_\_\_\_

Mobilidade / Largura do pescoço: \_\_\_\_\_

Protrusão Mandibular: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

EXAMES COMPLEMENTARES \_\_\_\_\_

## ORIENTAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA:

Tempo de Jejum: \_\_\_\_\_

Anestesia Proposta: \_\_\_\_\_

## RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Escala de Aldrete e Kroulik	Admissão	13:00	13:30				Alta
Atividade Muscular	1		1				2
Respiração	2		2				2
Consciência	2		2				2
Circulação (PA)	2		2				2
SpO2	2		2				2
Total	9		9				10

PRESCRIÇÃO NA SRPA: \_\_\_\_\_

HORA

OBS/ INTERCORRÊNCIAS: \_\_\_\_\_

ENTRADA SRPA: 16/05/19

ALTA DA SRPA: 16/05/19

Destino:

☐ UTI☒ Ent.☐ Alta Hospitalar

Assinatura

 Gustavo Oliveira  
 Médico  
 CRM - PE 18118

R. ANESTESIOLOGIA





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## MPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO  
End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110  
Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9846253

Leito: 2791

Dt.Cad: 12/05/2019  
Dt. Nasc: 15/01/1990  
Baixo: CENTRO  
Cidade: ITAMARACA  
CNS: 706808213354121

Data: 16/05/19 Hora: 15:15

HD:

#### Escala Visual Analógica (EVA) - Dor



1 - Estado geral: ☐ Grave ☐ Comprometido ☒ Regular ☐ Bom

2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular: ☒ Espontânea 4 ☐ Dor 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta verbal: ☒ Orientado 5 ☐ Confuso 4 ☐ Palavras inapropriadas 3

Resposta motora: ☒ Obedece comandos 6 ☐ Localiza dor 5 ☐ Retirada à dor 4

Resposta motora: ☒ Flexão anormal 3 ☐ Resposta extensora 2 ☐ Nenhuma 1

Glasgow: 15 OBS: ☐ Paresias ☐ Paraplegia

3 - Avaliação Emocional: ☒ Alívio ☐ Realativo ☐ Sedado

4 - Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midríase ☐ Miose

5 - Tómus: ☒ Realativas ☐ Não reativas ☐ Hipotônico

6 - Decúbito: ☐ Trendelenburg ☐ Dorsal ☒ Fowler ☐ Outros: ☒ Alívio

7 - Temperatura: ☐ Hipotermico ☐ Febril

8 - Pele e Mucosas: ☒ Úmida ☐ Seca

Condições: ☒ Normocrorado ☐ Hipocrorado

Coloração: ☒ Boa ☐ Desidratado

Distribuição Hídrica: ☒ Boa ☐ Edemaciado

9 - Avaliação Pulmonar:

Ausculta Respiratória: ☒ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico

Padrão respiratório: ☒ BAN ☐ TIC ☐ TSC ☐ Gemente

Oxigenoterapia: ☒ Não ☐ O2 Contínuo ☐ Macro NBZ

Drenos: ☒ Não ☐ DVE ☐ DVP ☐ Pen Rose ☐ Pen Rose

Dreno a vácuo: ☐ Torácico - selo d'água ☐ Oscila ☐ Não oscila

Aspiração contínua: ☐ Sim ☐ Não

#### 10 - Avaliação Cardiovascular:

Ausculta Cardíaca:

Pulso: ☒ Cheio ☐ Filiforme ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico

Perfusão periférica: ☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso

Perfusão periférica: ☐ Boa ☐ Regular ☐ Lentificada

Acesso venoso: ☐ PVC ☐ PAM focal ☐ Ausente

Acesso venoso: ☐ Periférico ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Local: ☐ Data: / / Condições: ☐ PNI ☐ Zero

#### 11 - Aspecto Nutricional:

Dieta: ☒ V.O ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT

Dieta: ☐ RG ☐ ml ☐ Aspecto: ☐ HGT: ☐ Zero

12 - Avaliação Gastrointestinal / Genitourinário:

Abdome: ☒ Flácido ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Semigloboso ☐ Globoso

Dor à palpação: ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem anomalia ☐ Massa tumoral ☐ Ascite

Diurese: ☒ Presente >>> ☐ Espontânea ☐ Espontânea em fralda ☐ SVA ☐ vezes ☐ Cistostomia

Achados anormais: ☐ Polúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Disúria ☐ Nictúria

Evacuação: ☒ Sim ☐ Não Quant. ☐ vezes/dia ☐ Aspecto: ☐ Incidência

Genitália: ☐ Integra ☐ Hiperemia ☐ Edema ☐ Lesões: ☐ Aspecto: ☐

13 - UPP: ☐ Sim ☒ Não Local: ☐ Aspecto: ☐

14 - Curativo: ☐ Sim ☒ Não Tipo: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐ Data: / /

Sigla:

BAB: Balneio de alta nasal

TIC: Tira-gem intercostal

TSC: Tira-gem subcostal

DVE: Derivação ventricular externa

DVP: Derivação ventricular peritoneal

NBZ: Nebulização

PVC: Pressão venosa central

PAM: Pressão arterial média

PNI: Pressão não invasiva

VO: Via oral

SOG: Sonda orogástrica

SNG: Sonda nasogástrica

SNE: Sonda nasointestinal

NPT: Nutrição parenteral total

GTT: Glicose

RG: Registro gástrico

HGT: Hemoglobina

SVA: Sonda vesical de alívio

SVD: Sonda vesical de demora

UPP: Úterio por pressão



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 6496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO  
End.: ALTO DA FELICIDADE Nº. 110  
Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

Dt. Cad: 12/05/2019  
Dt. Nasc: 15/01/1990  
Bairro: CENTRO  
Cidade: ITAMARACA  
CNS: 706808213354121

Leito: 2791

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

### Esquema Terapêutico:

### Exames Realizados:

### Informações e Intercorrências:

Samia M. da Santos  
Enfermeira  
COREN/PE 5419-638

Assinatura / Carimbo





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.968.301/0001-29

COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619  
Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO  
End: ALTO DA FELICIDADE Nº. 110  
Enferm: CIBURGICA I - ENF. L1005

Atendimento: 9946253

Leito: 2791

Dr. Cad: 12/05/2019  
Dt. Nasc: 15/01/1990  
Bairro: CENTRO  
Cidade: ITAMARACA  
CNS: 706806213354121

Data: 16/05/19 Hora: 7

HD:

Escala Visual Analógica (EVA) - Doi



1 - Estado geral: ☐ Grave ☐ Comprometido ☒ Regular ☐ Bom

2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular:

Resposta verbal:

Resposta Motora:

Glasgow:

3 - Avaliação Emocional:

4 - Pupilas:

5 - Tônus:

6 - Decúbito:

7 - Temperatura:

8 - Pele e Mucosas:

Condições:

Coloração:

Distribuição Hidrica:

9 - Avaliação Pulmonar:

Ausculta Respiratória:

Padrão respiratório:

Oxigenoterapia:

Drenos:

Aspiração contínua:

10 - Avaliação Cardiovascular:

Ausculta Cardíaca:

Pulso:

Perfusão periférica:

Acesso venoso:

Local:

11 - Aspecto Nutricional:

Dieta:

12 - Avaliação Gastrointestinal / Genitourinário:

Abdome:

Dor à palpação:

Diurese:

Ativados anormais:

Evacuação:

Genitália:

13 - UPP:

14 - Curativo:

Local:

Assédio:

Sigiloso:

BAE: Batimento de álea nasal

TTC: Triagem intracanal

TSC: Triagem suboculal

DVE: Derivação ventricular externa

DVP: Derivação ventricular peritoneal

NBZ: Medicação

PVC: Pressão venosa central

PAK: Pressão arterial média

PNI: Pressão não invasiva

VO: Via oral

SOG: Sonda orgânica

SNG: Sonda nasogástrica

SNE: Sonda nasocentral

SNT: Sonda nasotranstoral

RG: Ressonância gástrica

HGT: Heteroglicemia

SVA: Sonda vesical de afero

SVD: Sonda vesical de drenagem

UPP: Uterina por pressão



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619  
Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO  
End.: ALTO DA FELICIDADE Nº. 110  
Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

Leito: 2791

Di. Cad: 12/05/2019  
Di. Nasc: 15/01/1990  
Bairro: CENTRO  
Cidade: ITAMARACA  
CNS: 706808213354121

Data: / / Hora:

### Esquema Terapêutico:

### Exames Realizados:

### Informações e Intercorrências:

*Figueira e colaboradores*

Assinatura / Carimbo



[illegible]



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-84

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE / ADULTO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 5486619

Atendimento: 9946253

Dt. Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Nas: 15/01/1990

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEIÇÃO

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 11C

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L00E

Leito: LEITO 05

CNS: 706808213354121

Hipótese Diagnóstica:

Data:

16/05/19

Hora:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Déficit neurológico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar a avaliação neurológica utilizando a escala de Glasgow de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar alterações de nível de consciência <input type="checkbox"/> Outros	
2. Déficit cardíaco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência cardíaca de ____/____h <input type="checkbox"/> Realizar ausculta cardíaca de ____/____h <input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar queixas de palpitação <input type="checkbox"/> Outros	
3. Ventilação prejudicada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar oximetria de pulso de ____/____h <input type="checkbox"/> Auscultar tórax de ____/____h <input type="checkbox"/> Outros	
4. Padrão alimentar Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pesar em jejum a cada ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar aceitação alimentar diariamente <input type="checkbox"/> Solicitar acompanhamento nutricional <input type="checkbox"/> Outros	
5. Padrão de eliminação intestinal Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Orientar e estimular ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Estimular exercícios físicos respeitando limitações <input type="checkbox"/> Registrar frequência e características de eliminação intestinal <input type="checkbox"/> Registrar ausência de eliminação intestinal <input type="checkbox"/> Solicitar acompanhamento nutricional <input type="checkbox"/> Outros	
6. Padrão de eliminação urinária Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ____/____h <input type="checkbox"/> Descrever características da diurese <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária: Bexiga neurogênica <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Bexigoma <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medir volume de diurese de ____/____h <input type="checkbox"/> Pesar diariamente em jejum <input type="checkbox"/> Outros	
7. Dor <input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Registrar fáceis de dor <input type="checkbox"/> Identificar alterações de tônus muscular <input type="checkbox"/> Manter posicionamento confortável <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros	
8. Integridade tissular prejudicada <input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Descrever as características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo de ____/____h Local: _____ Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Outros	



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
9. Náuseas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência	
10. Êmese <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar características	
	<input type="checkbox"/> Outros	
11. Desidratação <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ____/____h	
	<input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade das mucosas	
	<input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele	
	<input type="checkbox"/> Outros	
12. Edema <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico a cada ____/____h	
	<input type="checkbox"/> Descrever características do edema	
	<input type="checkbox"/> Registrar presença de inflamação / infecção	
	<input type="checkbox"/> Outros	
13. Depressão <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar diálogo de interação com o paciente e família	
Leve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Proporcionar distração tipo: _____	
Moderada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar avaliação psicológica	
Severa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
14. Déficit de auto-cuidado	<input type="checkbox"/> Auxiliar banho de aspersão	
Banho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito	
Vestir-se <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar higiene oral	
Higiene oral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
Alimentar-se <input type="checkbox"/>		
15. Risco para infecção <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais de <u>6/6h</u>	
	<input type="checkbox"/> Registrar presença de sinais flogísticos	
	<input type="checkbox"/> Coletar sumário de urina:	
	Urocultura, se febre <input type="checkbox"/> Hemocultura <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Outros	
16. Risco para aspiração <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Elevar decúbito	
	<input type="checkbox"/> Orientar início da dieta quando o paciente estiver bem acordado	
	<input type="checkbox"/> Avaliar posicionamento da sonda, tipo: _____ e aspirar resíduo gástrico antes de administrar a dieta	
	<input type="checkbox"/> Manter dieta suspensa durante o banho	
	<input type="checkbox"/> Outros	
17. Risco de queda	<input type="checkbox"/> Manter grades elevadas e leitos travados	
Baixo risco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinalizar o paciente na placa de identificação	
Alto risco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar ajuda para manipulação do paciente, se necessário	
	<input type="checkbox"/> Estimular deambulação com auxílio	
	<input type="checkbox"/> Orientar quanto a importância da leitura do folder	
	<input type="checkbox"/> Outros	

Paulo F. P. F. Calaisa  
COREN-PE 322.400 - ENF

Stania W. dos Santos  
Enfermeira  
COREN-PE - 549.658

ASSINATURA E CARIMBO  
ENFERMEIRO(A) / DIURNO E NOTURNO

Karla M. da Silva  
COREN-PE 531.483 - TE

ASSINATURA E CARIMBO  
TÉC. DE ENFERMAGEM / DIURNO E NOTURNO

Adriana Maria Galvão  
COREN-PE 700.783-TE

IMIP - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

# COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

## REGISTRO - Téc. Enfermagem - SAE - ADULTO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt. Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Nas: 15/01/1990

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEIÇÃO

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L00E

Leito: 2791

CNS: 706808213354121

HORA: 08:00 19:00

PLANTÃO DIURNO

DATA 17/05/19

HD:

Estado geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta: ☒ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Dieta zero  
Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico  
Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativo: ☒ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos: ☒ Sim ☒ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente

Observações:

1º dpo. Paciente consciente e orientado medicado conforme prescrição médica. sem queixas até o exato momento. segue sob cuidados da enfermagem.

Técnico de enfermagem

HORA: 19:00 07:00

PLANTÃO NOTURNO

DATA 17/05/19

Estado geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta: ☒ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Dieta zero  
Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico  
Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativo: ☒ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos: ☒ Sim ☒ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente

Observações:

Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, afebril, SSW, alertado, sem queixas de dor, medicado C.P.M., segue sob C.C.G. de enfermagem.

Técnico de enfermagem

## CHEGAGEM DE MUDANÇA DE DECÚBITO

Horário	Assinatura / carimbo	Observações
08:00		
10:00		
12:00		
14:00		
16:00		
18:00		
20:00		
22:00		
00:00		
02:00		
04:00		
06:00		

[illegible]





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE / ADULTO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt. Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Nasc: 15/01/1990

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 11C

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Leito: LEITO 05

CNS: 706808213354121

Hipótese Diagnóstica:

Data:

17/05/19

Hora:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Déficit neurológico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar a avaliação neurológica utilizando a escala de Glasgow de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar alterações de nível de consciência <input type="checkbox"/> Outros	
2. Déficit cardíaco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência cardíaca de ____/____h <input type="checkbox"/> Realizar ausculta cardíaca de ____/____h <input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar quebras de palpação <input type="checkbox"/> Outros	
3. Ventilação prejudicada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar oximetria de pulso de ____/____h <input type="checkbox"/> Auscultar tórax de ____/____h <input type="checkbox"/> Outros	
4. Padrão alimentar Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pesar em Jejum a cada ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar aceitação alimentar diariamente <input type="checkbox"/> Solicitar acompanhamento nutricional <input type="checkbox"/> Outros	
5. Padrão de eliminação Intestinal Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Orientar e estimular ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Estimular exercícios físicos respeitando limitações <input type="checkbox"/> Registrar frequência e características de eliminação intestinal <input type="checkbox"/> Registrar ausência de eliminação intestinal <input type="checkbox"/> Solicitar acompanhamento nutricional <input type="checkbox"/> Outros	
6. Padrão de eliminação urinária Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ____/____h <input type="checkbox"/> Descrever características da diurese <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária: Bexiga neurogênica <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Bexigoma <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medir volume de diurese de ____/____h <input type="checkbox"/> Pesar diariamente em jejum <input type="checkbox"/> Outros	
7. Dor <input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Registrar fáceis de dor <input type="checkbox"/> Identificar alterações de tônus muscular <input type="checkbox"/> Manter posicionamento confortável <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros	
8. Integridade tissular prejudicada <input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Descrever as características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo de ____/____h Local: _____ Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Outros	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
9. Náuseas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência	
10. Êmese <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar características	
	<input type="checkbox"/> Outros	
11. Desidratação <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ____ / ____ h	
	<input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade das mucosas	
	<input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele	
	<input type="checkbox"/> Outros	
12. Edema <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico à cada ____ / ____ h	
	<input type="checkbox"/> Descrever características do edema	
	<input type="checkbox"/> Registrar presença de inflamação / infecção	
	<input type="checkbox"/> Outros	
13. Depressão <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar diálogo de interação com o paciente e família	
Leve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Proporcionar distração tipo: _____	
Moderada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar avaliação psicológica	
Severa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
14. Déficit de auto-cuidado	<input type="checkbox"/> Auxiliar banho de aspersão	
Banho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito	
Vestir-se <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar higiene oral	
Higiene oral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
Alimentar-se <input type="checkbox"/>		
15. Risco para infecção <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais de <u>6 / 5</u> h	12 18 24 06
	<input type="checkbox"/> Registrar presença de sinais flogísticos	
	<input type="checkbox"/> Coletar sumário de urina:	
	Urocultura, se febre <input type="checkbox"/> Hemocultura <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Outros	
16. Risco para aspiração <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Elevar decúbito	
	<input type="checkbox"/> Orientar início da dieta quando o paciente estiver bem acordado	
	<input type="checkbox"/> Avaliar posicionamento da sonda, tipo: _____ e aspirar resíduo gástrico antes de administrar a dieta	
	<input type="checkbox"/> Manter dieta suspensa durante o banho	
	<input type="checkbox"/> Outros	
17. Risco de queda	<input type="checkbox"/> Manter grades elevadas e leitos travados	
Baixo risco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinalizar o paciente na placa de identificação	
Alto risco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar ajuda para manipulação do paciente, se necessário	
	<input type="checkbox"/> Estimular deambulação com auxílio	
	<input type="checkbox"/> Orientar quanto a importância da leitura do folder	
	<input type="checkbox"/> Outros	

Marcelo Cesar Geral Silva  
Coord. DE 215.110-ENF

Stanislau W. dos Santos  
Enfermeiro  
COREN-PE - 549.698

ASSINATURA E CARIMBO  
ENFERMEIRO(A) / DIURNO E NOTURNO

ASSINATURA E CARIMBO  
TÉC. DE ENFERMAGEM / DIURNO E NOTURNO

COMPLEXO HOSPITALAR IMIP





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5498619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº. 110

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

Leito: 2791

HD:

#### Escala Visual Analógica (EVA) - Dor



1 - Estado geral: ☐ Grave ☐ Comprometido ☒ Regular ☐ Bom

2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular: ☒ Espontânea 4 ☐ Dor 2 ☐ Nenhuma 1  
Resposta verbal: ☒ Orientado 5 ☐ Confuso 4 ☐ Palavras inapropriadas 3  
☐ Sons incomprensíveis 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta Motora: ☒ Obedece comandos 6 ☐ Localiza dor 5 ☐ Retirada à dor 4  
☐ Flexão anormal 3 ☐ Resposta extensora 2 ☐ Nenhuma 1

Glasgow: 15 OBS: ☐ Paralisias

3 - Avaliação Emocional: ☒ Ativo

☐ Reativo ☐ Hipotônico ☐ Sedado  
☐ Agitado ☐ Gemente ☐ Comatoso ☐ Miose  
☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midríase ☐ Miase  
☒ Reativas ☐ Não reativas ☐ Hipertônico

5 - Tônus: ☐ Normal ☐ Hipotônico ☐ Outro: ☐

6 - Decúbito: ☐ Trendelenburg ☐ Dorsal ☒ Fowler ☐ Mefibril

7 - Temperatura: ☐ Hipotermico ☐ Febril

8 - Pele e Mucosas:

Condições: ☒ Úmida ☐ Seca ☐ Descarnativa

Coloração: ☒ Normocorado ☐ Hipocorado ☐ Ictérico ☐ Cianótico

Distribuição Hídrica: ☒ Boa ☐ Edemaciado ☐ Desidratado

9 - Avaliação Pulmonar:

Ausculta Respiratória: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico

Padrão respiratório: ☒ BAN ☐ TIC ☐ TSC ☐ Respi. ruidosa ☐ Gemente

Oxigenoterapia: ☐ Não ☐ Sim ☐ O2 Contínuo ☐ Venturi % ☐ Macro NBZ

Drenos: ☒ Não ☐ DVE ☐ DVP ☐ Mediastínico ☐ Pen Rose

Dreno à vácuo: ☐ Torácico - selo d'água ☐ Não ☐ Oxíla ☐ Não oscila

Aspiração contínua: ☐ Sim ☐ Não ☐ Drenado ☐ ml

#### 10 - Avaliação Cardiovascular:

Ausculta Cardíaca:

Pulso: ☒ Cheio ☐ Filiforme ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico

☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso

Perfusão periférica: ☐ Boa ☐ Regular ☐ Lentificada ☐ Ausente

☐ PVC ☐ PAM local ☐ PNI

Acesso venoso: ☐ Periférico ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Local: ☐ Data: ☐ / ☐ / ☐ Condições: ☐

#### 11 - Aspecto Nutricional:

Dieta: ☒ V.O ☐ S.OG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Zero

☐ RG ☐ ml ☐ Aspecto: ☐ HGT: ☐

#### 12 - Avaliação Gastrointestinal / Genitourinário:

Abdome: ☒ Flácido ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Semigloboso ☐ Globoso

☐ Visceromegalia: ☐ Massa tumoral ☐ Ascite

Dor à palpação: ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem anomalia ☐ Incisões

Diurese: ☒ Presente >>> ☐ Espontânea ☐ Espontânea em fralda ☐ SVA ☐ vezes ☐ Cistostomia

☒ SVD Instalada em ☐ / ☐ / ☐ Aspecto: ☐

☐ Ausente

Achados anormais: ☐ Polúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Disúria ☐ Nictúria

☐ Polaciúria ☐ Colúria

Evacuação: ☒ Sim ☐ Não Quant. ☐ vezes/dia ☐ Aspecto: ☐

Genitália: ☐ Integra ☐ Hiperemia ☐ Edema ☐ Lesões: ☐

13 - UPP: ☐ Sim ☒ Não Local: ☐ Aspecto: ☐

14 - Curativo: ☐ Sim ☒ Não Tipo: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐ Data: ☐ / ☐ / ☐

#### Signário:

BAE: Balneio de alho nasal ☐ NEZ: Nebulização ☐ SOD: Sonda orogástrica ☐ RG: Registro gástrico

TIC: Triagem icterícia ☐ PVC: Pressão venosa central ☐ SNG: Sonda nasogástrica ☐ HGT: Hemoglicemia

TSC: Triagem suboculal ☐ PAM: Pressão arterial média ☐ SNE: Sonda nasointestinal ☐ SVA: Sonda vesical de alho

DVE: Derivação ventricular edema ☐ PHI: Pressão não invasiva ☐ NPT: Nutrição parenteral total ☐ SVD: Sonda vesical de cistostomia

DNP: Derivação ventricular peritoneal ☐ VO: Via oral ☐ GTT: Gastrostomia ☐ UPP: Úlcera por pressão



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO  
End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110  
Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

Dt. Cad: 12/05/2019  
Dt. Nasc: 15/01/1990  
Bairro: CENTRO  
Cidade: ITAMARACA  
CNS: 706808213354121

Leito: 2791

Data: / / Hora:

### Esquema Terapêutico:

### Exames Realizados:

### Informações e Intercorrências:

Paciente encerrado - re. com febre

Assinatura / Carimbo  
CNPJ: 09.039.744/0001-94  
Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR

Assinatura / Carimbo





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619  
Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO  
End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110  
Enferm.: CIRURGICA- ENF. I L005  
Atendimento: 9946253  
Leito: 2791

Dt.Cad: 12/05/2019  
Dt. Nasc: 15/01/1990  
Bairro: CENTRO  
Cidade: ITAMARACA  
CNS: 706808213354121

Data: 14/05/19  
Hora: 14:05

HD: 1º 9º 0 Tenda 1000 1000 1000 1000

Escala Visual Analógica (EVA) - Dor



1 - Estado geral: ☐ Grave ☐ Comprometido ☒ Regular ☐ Bom

2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular: ☒ Espontânea 4 ☐ Dor 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta verbal: ☒ Orientado 5 ☐ Confuso 4 ☐ Palavras inapropriadas 3

Resposta motora: ☒ Sons incompressíveis 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta motora: ☒ Obedece comandos 6 ☐ Localiza dor 5 ☐ Retirada à dor 4

Glasgow: ☐ Fixação normal 3 ☐ Resposta extensora 2 ☐ Nenhumas 1

OBS: ☐ Parestias ☐ Paraplegia

3 - Avaliação Emocional: ☒ Ativo ☐ Realista ☐ Hipotativo ☐ Sedado

4 - Pupilas: ☒ Agilidade ☐ Gêmeas ☐ Concomitantes ☐ Míopes

5 - Tônus: ☒ Anisocóricas ☐ Não reativas ☐ Hipertônicas

6 - Decúbito: ☐ Normal ☐ Fowler ☐ Outro: ☒ Atolal

7 - Temperatura: ☐ Trendelenburg ☐ Dorsal ☐ Febril

8 - Pele e Mucosas: ☐ Hipotermico ☐ Seca ☐ Descamativa

Condições: ☐ Úmida ☐ Ictérico ☐ Cianótico

Coloração: ☒ Normocorado ☐ Hipocorado ☐ Desidratado

Distribuição Hídrica: ☒ Boa ☐ Edemaciado

9 - Avaliação Pulmonar:

Ausculta Respiratória:

Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico

Oxigenoterapia: ☐ BAN ☐ TIC ☐ TSC ☐ Gemente

Drenos: ☐ Não ☐ DVE ☐ O2 Contínuo ☐ Venturi % ☐ Macro NBZ

Dreno à vácuo: ☐ Pen Rose ☐ Medistítico

Tórax: ☐ Drenado ☐ Não drenado ☐ Não oscila

Aspiração contínua: ☐ Sim ☒ Não

#### 10 - Avaliação Cardiovascular:

Ausculta Cardíaca:

Pulso: ☒ Cheio ☐ Filiforme ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico

Perfusão periférica: ☒ Boa ☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso

Acesso venoso: ☐ PVC ☐ Regular ☐ Lentificada ☐ Ausente

Local: ☒ Periférico ☐ PAM local ☐ PNI

Local: ☒ PNC ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Condições: ☒ Boa ☐ Condicionada ☐ Zero

Local: ☒ PNC ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Condições: ☒ Boa ☐ Condicionada ☐ Zero

Local: ☒ PNC ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Condições: ☒ Boa ☐ Condicionada ☐ Zero

Local: ☒ PNC ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Condições: ☒ Boa ☐ Condicionada ☐ Zero

Local: ☒ PNC ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Condições: ☒ Boa ☐ Condicionada ☐ Zero

Local: ☒ PNC ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Condições: ☒ Boa ☐ Condicionada ☐ Zero

Local: ☒ PNC ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Condições: ☒ Boa ☐ Condicionada ☐ Zero

Local: ☒ PNC ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Condições: ☒ Boa ☐ Condicionada ☐ Zero

Local: ☒ PNC ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Condições: ☒ Boa ☐ Condicionada ☐ Zero

Local: ☒ PNC ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Condições: ☒ Boa ☐ Condicionada ☐ Zero

Local: ☒ PNC ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Condições: ☒ Boa ☐ Condicionada ☐ Zero

Local: ☒ PNC ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Condições: ☒ Boa ☐ Condicionada ☐ Zero

Local: ☒ PNC ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Condições: ☒ Boa ☐ Condicionada ☐ Zero

Local: ☒ PNC ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Condições: ☒ Boa ☐ Condicionada ☐ Zero

Local: ☒ PNC ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Condições: ☒ Boa ☐ Condicionada ☐ Zero

Local: ☒ PNC ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO  
End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110  
Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946263

DI Cad: 12/05/2019  
DI Nasc: 15/01/1990  
Bairro: CENTRO  
Cidade: ITAMARACA  
CNS: 706808213364121

Leito: 2791

Data: / / Hora: :

### Esquema Terapêutico:

### Exames Realizados:

### Informações e Intercorrências:

*Parar a sua queda!*

*[Assinatura]*  
Assinatura / Carimbo





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES SAE - ADULTO

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt.Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Nasc: 15/01/1990

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENFERM. LOOE

Idade: 2791

CNS: 706808213354121

Hipótese Diagnóstica:

Data: 12/05/2019 Hora: 14:00

#### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

#### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

#### HORÁRIOS

1. Déficit neurológico ☐

- ☐ Realizar a avaliação neurológica utilizando a escala de Glasgow de \_\_\_\_/\_\_\_\_h
- ☐ Registrar alterações de nível de consciência

2. Déficit cardíaco ☐

- ☐ Registrar frequência cardíaca de \_\_\_\_/\_\_\_\_h
- ☐ Realizar ausculta cardíaca de \_\_\_\_/\_\_\_\_h
- ☐ Aferir pressão arterial de \_\_\_\_/\_\_\_\_h
- ☐ Registrar queixas de palpitação
- ☐ Outros

3. Ventilação prejudicada ☐

- ☐ Manter decúbito elevado
- ☐ Aspirar vias aéreas de \_\_\_\_/\_\_\_\_h
- ☐ Registrar oximetria de pulso de \_\_\_\_/\_\_\_\_h
- ☐ Auscultar tórax de \_\_\_\_/\_\_\_\_h
- ☐ Outros

4. Padrão alimentar

Aumentado ☐

Diminuído ☐

- ☐ Pesar em jejum a cada \_\_\_\_/\_\_\_\_h
- ☐ Registrar aceitação alimentar diariamente
- ☐ Solicitar acompanhamento nutricional
- ☐ Outros

5. Padrão de eliminação intestinal

Aumentado ☐

Diminuído ☐

- ☐ Orientar e estimular ingestão hídrica
- ☐ Estimular exercícios físicos respeitando limitações
- ☒ Registrar frequência e características de eliminação intestinal
- ☐ Registrar ausência de eliminação intestinal
- ☒ Solicitar acompanhamento nutricional
- ☐ Outros

6. Padrão de eliminação urinária

Aumentado ☐

Diminuído ☐

- ☐ Registrar balanço hídrico de \_\_\_\_/\_\_\_\_h
- ☐ Descrever características da diurese
- ☐ Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária:
  - Bexiga neurogênica ☐ Disúria ☐
  - Bexigoma ☐ Incontinência ☐
- ☐ Medir volume de diurese de \_\_\_\_/\_\_\_\_h
- ☐ Pesar diariamente em jejum
- ☐ Outros

7. Dor ☐

Local: \_\_\_\_\_

- ☐ Registrar fáceis de dor
- ☐ Identificar alterações de tônus muscular
- ☒ Manter posicionamento confortável
- ☐ Registrar características e intensidade da dor
- ☐ Outros

8. Integridade tissular

prejudicada ☐

Local: \_\_\_\_\_

- ☐ Descrever as características da lesão
- ☐ Realizar curativo de \_\_\_\_/\_\_\_\_h
- Local: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_
- ☐ Realizar mudança de decúbito
- ☐ Outros

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS
9. Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência		
10. Êmese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar características		
		<input type="checkbox"/> Outros		
11. Desidratação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ____ / ____ h		
		<input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade das mucosas		
		<input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele		
		<input type="checkbox"/> Outros		
12. Edema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico a cada ____ / ____ h		
		<input type="checkbox"/> Descrever características do edema		
		<input type="checkbox"/> Registrar presença de inflamação / infecção		
		<input type="checkbox"/> Outros		
13. Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar diálogo de interação com o paciente e família		
Leve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Proporcionar distração tipo: _____		
Moderada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar avaliação psicológica		
Severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros		
14. Déficit de auto-cuidado		<input type="checkbox"/> Auxiliar banho de aspersão		
Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito		
Vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar higiene oral		
Higiene oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros		
Alimentar-se	<input type="checkbox"/>			
15. Risco para infecção	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais de <u>65</u> h		
		<input type="checkbox"/> Registrar presença de sinais flogísticos		
		<input type="checkbox"/> Coletar sumário de urina:		
		Urocultura, se febre <input type="checkbox"/> Hemocultura <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> Outros		
16. Risco para aspiração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Elevar decúbito		
		<input type="checkbox"/> Orientar início da dieta quando o paciente estiver bem acordado		
		<input type="checkbox"/> Avaliar posicionamento da sonda, tipo: _____ e aspirar resíduo gástrico antes de administrar a dieta		
		<input type="checkbox"/> Manter dieta suspensa durante o banho		
		<input type="checkbox"/> Outros		
17. Risco de queda		<input type="checkbox"/> Manter grades elevadas e leitos travados		
Baixo risco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinalizar o paciente na placa de identificação		
Alto risco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar ajuda para manipulação do paciente, se necessário		
		<input type="checkbox"/> Estimular deambulação com auxílio		
		<input type="checkbox"/> Orientar quanto a importância da leitura do folder		
		<input type="checkbox"/> Outros		

2406

Késsia Rivalcant  
Enfermeira  
COREN-PE 310.357

Pamela F. P. Feltosa  
COREN-PE 322.480 - ENF

ASSINATURA E CARIMBO  
ENFERMEIRO(A) / DIURNO E NOTURNO

756913

ASSINATURA E CARIMBO  
TÉC. DE ENFERMAGEM / DIURNO E NOTURNO







Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

# COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

## REGISTRO - Téc. Enfermagem - SAE - ADULTO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt. Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Nasc: 15/01/1990

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I LOOE

Leito: 2791

CNS: 706808213354121

HORA: 04:00 - 19:00

PLANTÃO DIURNO

DATA: 18/05/19

HD:

Estado geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta: ☒ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Dieta zero  
Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico  
Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Central Local: MSE  
Curativo: ☒ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos: ☐ Sim ☒ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente

Observações: Consciente, orientado, medicado com, ssvu estaveis, sim queixas. segue sob cuidados de enfermagem. Karla

Karla M. da Silva  
COREN-PE 391.453-7

HORA: 19:00

Técnico de enfermagem

PLANTÃO NOTURNO

DATA: 18/05/19

Estado geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta: ☒ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Dieta zero  
Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico  
Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativo: ☒ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos: ☐ Sim ☒ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente

Observações: Paciente no leito consciente, orientado falando, fazendo uso de medicações conforme prescrições e sob os cuidados da enfermagem.

JANAÍNA ALMEIDA DE ASSIS  
COREN-PE 391.453-7

Técnico de enfermagem

### CHEGAGEM DE MUDANÇA DE DECÚBITO

Horário	Assinatura / carimbo	Observações
08:00		
10:00		
12:00		
14:00		
16:00		
18:00		
20:00		
22:00		
00:00		
02:00		
04:00		
06:00		



		Data																										
		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	T	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	T	
Demais controles	Asp. VAS																											
	Dens. U																											
	Dextro																											
	Cetonúria																											
	Glicosúria																											
Controle Hidríco	Perdas	Nefrost.																										
		DVE																										
		Vômitos																										
		Fazes																										
		S. Gast.																										
		Diurese																										
		Dreno																										
	Ganhos	Medic.																										
		Soro																										
		NPT																										
		S. Gast.																										
		Oral																										
	Oxigeno-terapia	PEEP																										
		Ar Comp.																										
		O2																										
FI02																												
TIP O2																												
Sinais Vitais	Temp.						36,8					35,8					36,2								36,6			
	Sat. O2																											
	F. Resp																											
	F.C.(bpm)																											
	Peso																											
	PA						120x70					130x60					120x80								130x50			
	Hora	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	T	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	T	



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE / ADULTO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIF

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt. Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Naso: 15/01/1990

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

CNS: 706808213354121

Hipótese Diagnóstica:

Data: 18.05.19 Hora:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Déficit neurológico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar a avaliação neurológica utilizando a escala de Glasgow de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar alterações de nível de consciência <input type="checkbox"/> Outros	
2. Déficit cardíaco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência cardíaca de ____/____h <input type="checkbox"/> Realizar ausculta cardíaca de ____/____h <input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar quebras de palpação <input type="checkbox"/> Outros	
3. Ventilação prejudicada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar oximetria de pulso de ____/____h <input type="checkbox"/> Auscultar tórax de ____/____h <input type="checkbox"/> Outros	
4. Padrão alimentar Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pesar em Jejum a cada ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar aceitação alimentar diariamente <input type="checkbox"/> Solicitar acompanhamento nutricional <input type="checkbox"/> Outros	
5. Padrão de eliminação intestinal Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Orientar e estimular ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Estimular exercícios físicos respeitando limitações <input type="checkbox"/> Registrar frequência e características de eliminação intestinal <input type="checkbox"/> Registrar ausência de eliminação intestinal <input type="checkbox"/> Solicitar acompanhamento nutricional <input type="checkbox"/> Outros	
6. Padrão de eliminação urinária Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ____/____h <input type="checkbox"/> Descrever características da diurese <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária: Bexiga neurogênica <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Bexigoma <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medir volume de diurese de ____/____h <input type="checkbox"/> Pesar diariamente em jejum <input type="checkbox"/> Outros	
7. Dor <input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Registrar fáceis de dor <input type="checkbox"/> Identificar alterações de tônus muscular <input type="checkbox"/> Manter posicionamento confortável <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros	
8. Integridade tissular prejudicada <input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Descrever as características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo de ____/____h Local: _____ Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Outros	



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
9. Náuseas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência	
10. Êmese <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar características	
	<input type="checkbox"/> Outros	
11. Desidratação <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ____ / ____ h	
	<input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade das mucosas	
	<input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele	
	<input type="checkbox"/> Outros	
12. Edema <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico a cada ____ / ____ h	
	<input type="checkbox"/> Descrever características do edema	
	<input type="checkbox"/> Registrar presença de inflamação / infecção	
	<input type="checkbox"/> Outros	
13. Depressão <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar diálogo de interação com o paciente e família	
Leve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Proporcionar distração tipo: _____	
Moderada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar avaliação psicológica	
Severa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
14. Déficit de auto-cuidado	<input type="checkbox"/> Auxiliar banho de aspersão	
Banho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito	
Vestir-se <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar higiene oral	
Higiene oral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
Alimentar-se <input type="checkbox"/>		
15. Risco para Infecção <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais de <u>6.5</u> h	
	<input type="checkbox"/> Registrar presença de sinais flogísticos	
	<input type="checkbox"/> Coletar sumário de urina:	
	Urocultura, se febre <input type="checkbox"/> Hemocultura <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Outros	
16. Risco para aspiração <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Elevar decúbito	
	<input type="checkbox"/> Orientar início da dieta quando o paciente estiver bem acordado	
	<input type="checkbox"/> Avaliar posicionamento da sonda, tipo: _____	
	e aspirar resíduo gástrico antes de administrar a dieta	
	<input type="checkbox"/> Manter dieta suspensa durante o banho	
	<input type="checkbox"/> Outros	
17. Risco de queda	<input type="checkbox"/> Manter grades elevadas e leitos travados	
Baixo risco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinalizar o paciente na placa de identificação	
Alto risco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar ajuda para manipulação do paciente, se necessário	
	<input type="checkbox"/> Estimular deambulação com auxílio	
	<input type="checkbox"/> Orientar quanto a importância da leitura do folder	
	<input type="checkbox"/> Outros	

ASSINATURA E CARIMBO  
ENFERMEIRO(A) / DIURNO E NOTURNO

ASSINATURA E CARIMBO  
TÉC. DE ENFERMAGEM / DIURNO E NOTURNO

COMPLEXO HOSPITALAR IMIP









Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.038.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº. 110

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

DT.Cad: 12/05/2019

DT. Nasc: 15/01/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 706808213354121

Leito: 2791

Hora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### Esquema Terapêutico:

### Exames Realizados:

### Informações e Intercorrências:

*Figura em anexo*

Assinatura / Carimbo



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIF

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

DI. Cad: 12/05/2019

DI. Nasc: 15/01/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 706808213354121

Data: 18/05/19 Hora: 20h

HD: 2º DPO Anderson Patlay Joly D

#### Escala Visual Analógica (EVA) : Dor



1 - Estado geral: ☐ Grave ☐ Comprometido ☒ Regular ☐ Bom

2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular: ☒ Espontânea 4 ☐ Dor 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta verbal: ☒ Orientado 5 ☐ Confuso 4 ☐ Palavras inapropriadas 3

☐ Sons incomprensíveis 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta Motora: ☒ Obedece comandos 6 ☐ Localiza dor 5 ☐ Retirada à dor 4

☐ Flexão anormal 3 ☐ Resposta extensora 2 ☐ Nenhuma 1

Glasgow: 15 OBS: ☐ Paresias ☐ Paraplegia

3 - Avaliação Emocional: ☒ Ativo ☐ Reativo ☐ Hipoativo ☐ Sediado

☐ Agitado ☐ Gemente ☐ Cornaloso ☐ Mioso

☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Míclase ☐ Miase

☒ Realistas ☐ Não realistas ☐ Hipotônico

☒ Normal ☐ Hipotônico ☐ Hipertônico

6 - Decúbito: ☐ Trendelenburg ☐ Dorsal ☐ Fowler

7 - Temperatura: ☐ Hipotermia ☐ Febril

8 - Pele e Mucosas: ☒ Úmida ☐ Seca

Condições: ☒ Normocorada ☐ Hipocorada

Coloração: ☒ Boa ☐ Edemaciada

Distribuição Hídrica: ☐ Desidratado

9 - Avaliação Pulmonar:

Auscultação Respiratória:

Padrão respiratório: ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispnéico

☐ BIP ☐ TIC ☐ TSC ☐ Resp. ruidosa ☐ Gemente

Oxigenoterapia: ☒ Não ☐ Sim ☐ O2 Contínuo ☐ Venturi % ☐ Macro NBZ

Drenos: ☒ Não ☐ DVE ☐ DVP ☐ Mediastínico ☐ Pen Rose

☐ Dreno à vácuo ☐ Torácico - selo d'água ☐ Não ☐ Oscila ☐ Não oscila

Aspiração contínua: ☐ Sim ☒ Não ☐ Drenado ☐ ml

#### 10 - Avaliação Cardiovascular:

Auscultação Cardíaca:

Pulso: ☒ Cheio ☐ Filiforme ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico

☒ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso

Perfusão periférica: ☒ Boa ☐ Regular ☐ Lentificada ☐ Ausente

☐ PVC ☐ PAM local ☐ PNI

Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Função venosa central ☐ Dissecção venosa

Local: M56 Data: / / Condições:

11 - Aspecto Nutricional:

Dieta: ☒ V.O ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Zero

☐ RG ml Aspecto: HGT:

12 - Avaliação Gastrointestinal / Genitourinário:

Abdome: ☒ Flácido ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Sangüíneo ☐ Globoso

☐ Visceromegalia: ☐ Massa tumoral ☐ Ascite

Dor à palpação: ☐ Sim ☒ Não ☐ Sem anomalia ☐ Indolores

Dilúrese: ☒ Presente >>> ☐ Espontânea ☐ Espontânea em fralda ☐ SVA ☐ vezes ☐ Cistostomia

☐ SVD instalada em / / Aspecto: ☐ Ausente

Achados anormais: ☐ Polúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Disúria ☐ Nictúria

☐ Polaciúria ☐ Colúria

Evacuação: ☒ Sim ☐ Não Quant. vezes/dia Aspecto:

Genitália: ☒ Integra ☐ Hiperemia ☐ Edema ☐ Lesões:

13 - UPP: ☐ Sim ☒ Não Local: Aspecto:

14 - Curativo: ☐ Sim ☒ Não Tipo: Aspecto:

Local: Aspecto: Data: / /

15 - Sinal: Aspecto: Data: / /

16 - Sinal: Aspecto: Data: / /

17 - Sinal: Aspecto: Data: / /

18 - Sinal: Aspecto: Data: / /

19 - Sinal: Aspecto: Data: / /

20 - Sinal: Aspecto: Data: / /

21 - Sinal: Aspecto: Data: / /

22 - Sinal: Aspecto: Data: / /

23 - Sinal: Aspecto: Data: / /

24 - Sinal: Aspecto: Data: / /

25 - Sinal: Aspecto: Data: / /

26 - Sinal: Aspecto: Data: / /

27 - Sinal: Aspecto: Data: / /

28 - Sinal: Aspecto: Data: / /

29 - Sinal: Aspecto: Data: / /

30 - Sinal: Aspecto: Data: / /





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Mariliano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº. 110

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

DL Cad: 12/05/2019

DL Nasc: 15/01/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 706808213354121

Leito: 2791

Data: / / Hora:

### Esquema Terapêutico:

### Exames Realizados:

### Informações e Intercorrências:

Kássio Gonçalves  
Carmen - ENF. 357 - ENF

Assinatura / Carimbo







Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

# COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

## REGISTRO - Téc. Enfermagem - SAE - ADULTO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIF

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt.Cad: 12/05/2019

Dt. Nasc: 15/01/1990

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEIÇÃO

End.: ALTO DA FELICIDADE

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Leito: 2791

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 706808213354121

HORA: 09:00:19:00

PLANTÃO DIURNO

DATA: 19/05/19

HD:

Estado geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta: ☒ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Dieta zero  
Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico  
Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativo: ☒ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese ☒ Presente ☐ Ausente

Observações: Paciente consciente e orientado, medicado em  
forma prescrita médica, sem queixas até o exato  
momento. Segue sob cuidados da enfermagem.

Técnico de enfermagem

HORA: 19:00:07:00

PLANTÃO NOTURNO

DATA: / /

Estado geral: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta: ☐ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Dieta zero  
Padrão respiratório: ☐ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico  
Acesso venoso: ☐ Periférico ☐ Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativo: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese ☐ Presente ☐ Ausente

Observações: Paciente está em EGR consciente orientado,  
afebril, SSV a feridas sem queixas no momento,  
segue sob cuidados de enfermagem.

Técnico de enfermagem

## CHECAGEM DE MUDANÇA DE DECÚBITO

Horário	Assinatura / carimbo	Observações
08:00		
10:00		
12:00		
14:00		
16:00		
18:00		
20:00		
22:00		
00:00		
02:00		
04:00		
06:00		

[illegible]





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE / ADULTO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 5498619

Atendimento: 9946253

Dt. Cad: 12/05/2019

Dt. Nasc: 15/01/1990

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Bairro: CENTRO

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Cidade: ITAMARACA

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº. 11C

CNS: 706806213354121

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Leito: LEITO 05

Data: 19/05/19

Hora:

Hipótese Diagnóstica:

#### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

1. Déficit neurológico ☐

2. Déficit cardíaco ☐

3. Ventilação prejudicada ☐

4. Padrão alimentar

Aumentado ☐

Diminuído ☐

5. Padrão de eliminação intestinal

Aumentado ☐

Diminuído ☐

6. Padrão de eliminação urinária

Aumentado ☐

Diminuído ☐

7. Dor ☐

Local: \_\_\_\_\_

8. Integridade tissular

prejudicada ☒

Local: MT D

#### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

☐ Realizar a avaliação neurológica utilizando a escala de Glasgow de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Registrar alterações de nível de consciência

☐ Outros

☐ Registrar frequência cardíaca de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Realizar ausculta cardíaca de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Aferir pressão arterial de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Registrar queixas de palpitação

☐ Outros

☐ Manter decúbito elevado

☐ Aspirar vias aéreas de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Registrar oximetria de pulso de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Auscultar tórax de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Outros

☐ Pesar em jejum a cada \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Registrar aceitação alimentar diariamente

☐ Solicitar acompanhamento nutricional

☐ Outros

☐ Orientar e estimular ingestão hídrica

☐ Estimular exercícios físicos respeitando limitações

☐ Registrar frequência e características de eliminação intestinal

☐ Registrar ausência de eliminação intestinal

☐ Solicitar acompanhamento nutricional

☐ Outros

☐ Registrar balanço hídrico de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Descrever características da diurese

☐ Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária:

Bexiga neurogênica ☐

Disúria ☐

Bexigoma ☐

Incontinência ☐

☐ Medir volume de diurese de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

☐ Pesar diariamente em jejum

☐ Outros

☐ Registrar fáceis de dor

☐ Identificar alterações de tônus muscular

☐ Manter posicionamento confortável

☐ Registrar características e intensidade da dor

☐ Outros

☐ Descrever as características da lesão

☐ Realizar curativo de \_\_\_\_/\_\_\_\_h

Local: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

☐ Realizar mudança de decúbito

☐ Outros

#### HORÁRIOS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
9. Náuseas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência	
10. Êmese <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar características	
	<input type="checkbox"/> Outros	
11. Desidratação <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ____ / ____ h	
	<input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade das mucosas	
	<input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele	
	<input type="checkbox"/> Outros	
12. Edema <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico a cada ____ / ____ h	
	<input type="checkbox"/> Descrever características do edema	
	<input type="checkbox"/> Registrar presença de inflamação / infecção	
	<input type="checkbox"/> Outros	
13. Depressão <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar diálogo de interação com o paciente e família	
Leve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Proporcionar distração tipo: _____	
Moderada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar avaliação psicológica	
Severa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
14. Déficit de auto-cuidado	<input type="checkbox"/> Auxiliar banho de aspersão	
Banho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito	
Vestir-se <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar higiene oral	
Higiene oral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
Alimentar-se <input type="checkbox"/>		
15. Risco para infecção <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais de <u>6 h</u>	
	<input type="checkbox"/> Registrar presença de sinais flogísticos	
	<input type="checkbox"/> Coletar sumário de urina:	
	Urocultura, se febre <input type="checkbox"/> Hemocultura <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Outros	<u>17 18 25 06</u>
16. Risco para aspiração <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Elevar decúbito	
	<input type="checkbox"/> Orientar início da dieta quando o paciente estiver bem acordado	
	<input type="checkbox"/> Avaliar posicionamento da sonda, tipo: _____ e aspirar resíduo gástrico antes de administrar a dieta	
	<input type="checkbox"/> Manter dieta suspensa durante o banho	
	<input type="checkbox"/> Outros	
17. Risco de queda	<input type="checkbox"/> Manter grades elevadas e leitos travados	
Baixo risco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinalizar o paciente na placa de identificação	
Alto risco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar ajuda para manipulação do paciente, se necessário	
	<input type="checkbox"/> Estimular deambulação com auxílio	
	<input type="checkbox"/> Orientar quanto a importância da leitura do folder	
	<input type="checkbox"/> Outros	

  
 ASSINATURA E CARIMBO  
 ENFERMEIRO(A) / DIURNO E NOTURNO

  
 ASSINATURA E CARIMBO  
 TÉCN. DE ENFERMAGEM / DIURNO E NOTURNO





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

Leito: 2791

DL Cad.: 12/05/2019

DL Nasc: 15/01/1990

Beirao: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 706908213354121

Data: 19/05/19

Hora: \_\_\_\_\_

HD: *Dr. Ricardo Figueira*

Escala Visual Analógica (EVA) - Dor



1 - Estado geral: ☐ Grave ☐ Comprometido ☒ Regular ☐ Bom

2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular: ☒ Espontânea 4 ☐ Dor 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta verbal: ☒ Orientado 5 ☐ Confuso 4 ☐ Palavras inapropriadas 3

☐ Sons incomprensíveis 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta Motora: ☒ Obedece comandos 6 ☐ Localiza dor 5 ☐ Retirada à dor 4

☐ Flexão anormal 3 ☐ Resposta extensora 2 ☐ Nenhuma 1

Glasgow: OBS: ☐ Parestias ☐ Paraplegia

3 - Avaliação Emocional: ☒ Ativo ☐ Hipotônico ☐ Sedado

☐ Agitado ☐ Comatoso ☐ Mioso

4 - Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midríase

☒ Reativas ☐ Não reativas ☐ Miase

5 - Tônus: ☐ Normal ☐ Hipotônico ☐ Hipertônico

6 - Decúbito: ☐ Trendelenburg ☒ Dorsal ☐ Outros: ☒ Abdominal

7 - Temperatura: ☐ Hipotermico ☐ Febril

8 - Pele e Mucosas: ☐ Úmida ☐ Descamativa

☒ Normoconcorado ☐ Isotônico ☐ Cianótico

9 - Avaliação Pulmonar:

Cordeão: ☒ Úmido ☐ Seco

☒ Normoconcorado ☐ Isotônico ☐ Cianótico

Distribuição Hídrica: ☒ Boa ☐ Edemaciado

10 - Avaliação Cardiovascular:

Ausculta Cardíaca: ☒ Chelo ☐ Filiforme ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico

☐ Normotenso ☐ Hipertenso ☐ Taquicárdico

Perfusão periférica: ☒ Boa ☐ Regular ☐ Ausente

☐ PVC ☐ PAM local ☐ PNI

Acesso venoso: ☒ Parafítico ☐ Punção venosa central ☐ Dissecção venosa

Local: *W.F.* Data: *19/05/19* Condições: *boa*

11 - Aspecto Nutricional:

Dietar: ☒ V.O ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Zero

☐ RG ☐ ml Aspecto: *boa* HGT: \_\_\_\_\_

12 - Avaliação Gastrointestinal / Genitourinário:

Abdomem: ☒ Elástico ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Semigloboso ☐ Globoso

☐ Visceromegalia: ☐ Sim ☒ Não ☐ Sem anomalia ☐ Massa tumoral ☐ Ascite

Dor à palpação: ☐ Sim ☒ Não ☐ Espontânea ☐ Espontânea em fralda ☐ SVA ☐ vezes ☐ Clabotomia

Diurese: ☒ Presente >>> ☐ Espontânea ☐ Espontânea em fralda ☐ SVA ☐ vezes ☐ Clabotomia

☐ SVD instalada em *1* / *1* / *1* Aspecto: \_\_\_\_\_

Achados anormais: ☐ Polúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Disúria ☐ Nictúria

Evacuação: ☐ Sim ☒ Não Quant. *1* vezes/dia Aspecto: \_\_\_\_\_

Genitália: ☐ Inteira ☐ Hiperemia ☐ Edema ☐ Lesões: \_\_\_\_\_

13 - UPP: ☐ Sim ☒ Não Local: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_

14 - Curativo: ☐ Sim ☒ Não Tipo: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_ Data: *19/05/19*

Sigla: \_\_\_\_\_

BANK: Balneio de água nasal NEZ: Nebulização SOD: Sonda orogástrica RG: Registro glúteo

TIC: Triagem tóxicas PVC: Pressão venosa central SNG: Sonda nasogástrica HGT: Hemoglobina

TSC: Triagem subcutânea PAM: Pressão arterial média SNE: Sonda nasointestinal SVA: Sonda vesical de alho

DVE: Derivação ventricular externa PNI: Pressão não invasiva NPT: Nutrição parenteral total SVD: Sonda vesical de demora

DVP: Derivação ventricular peritoneal VO: Via oral GTT: Gelostomia UPP: Úlcera por pressão



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-84

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº. 110

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

Dt.Cad: 12/05/2019

Dt. Nasc: 15/01/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 706808213354121

Leito: 2791

Data: / / Hora:

### Esquema Terapêutico:

### Exames Realizados:

### Informações e Intercorrências:

*Para a Guai*

*[Assinatura]*  
CNPJ: 09.039.744/0001-84

Assinatura / Carimbo





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMII

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº. 110

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I 1008

Atendimento: 9946253

DL Cad: 12/05/2019

DL Nasc: 15/01/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 706808213354121

Data: 19/05/2019

Hora: 11:00

HD:

10 - Avaliação Cardiovascular:

Ausculta Cardíaca:

Pulso: ☐ Cheio ☐ Filiforme ☐ Normocárdico ☐ Hipertenso ☐ Lentificada ☐ PAM local ☐ Taquicárdico ☐ Ausente ☐ PNI ☐ Dissecção venosa

Perfusão periférica: ☒ Boa ☐ PVR ☐ Periférico ☐ Punção venosa central ☐ Condições: ☐ Zero

Acesso venoso: ☐ Local ☐ Data: / /

11 - Aspecto Nutricional:

Dieta: ☐ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Zero

RG: ☐ ml Aspecto: ☐ HGT: ☐ Tenso ☐ Semigloboso ☐ Globoso

12 - Avaliação Gastrointestinal / Genitourinário:

Abdome: ☐ Flácido ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Semigloboso ☐ Globoso

Visceromegalia: ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem anormal ☐ Massa tumoral ☐ Ascite

Dor à palpação: ☐ Sim ☐ Não ☐ Presente >>> ☐ Espontânea ☐ Espontânea em fralda ☐ SVA ☐ vezes ☐ Cistostomia

Diurese: ☐ Presente >>> ☐ Espontânea ☐ Espontânea em fralda ☐ SVA ☐ vezes ☐ Cistostomia

SVD Instalada em: / / Aspecto: ☐ Ausente ☐ Hematúria ☐ Disúria ☐ Nictúria

Achados anormais: ☐ Polúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Disúria ☐ Nictúria

Evacuação: ☐ Sim ☐ Não Quant. ☐ vezes/dia Aspecto: ☐ Inteira ☐ Hiperemgia ☐ Edema ☐ Lesões: ☐ Aspecto: ☐

Genitália: ☐ Sim ☐ Não Local: ☐ Tipo: ☐

13 - UPP: ☐ Sim ☐ Não Local: ☐ Tipo: ☐

14 - Curativo: ☐ Sim ☐ Não Tipo: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐

Escala Visual Analógica (EVA) - Dor

Intensa

Moderada

Leve

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 - Estado geral: ☐ Grave ☐ Comprometido ☐ Regular ☐ Bom

2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular: ☐ Espontânea 4 ☐ Dor 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta verbal: ☐ Orientado 5 ☐ Palavras Inapropriadas 3 ☐ Nenhuma 1

Resposta motora: ☐ Sons Incompreensíveis 2 ☐ Localiza dor 5 ☐ Refrataria à dor 4 ☐ Nenhuma 1

Glasgow: ☐ OBS: ☐ Paralisia ☐ Paraplegia ☐ Resposta extensora 2 ☐ Nenhuma 1

3 - Avaliação Emocional: ☐ Ativo ☐ Hipotônico ☐ Sedado

4 - Pupilas: ☐ Agilidade ☐ Realizáveis ☐ Não realizáveis ☐ Miose

5 - Tônus: ☐ Normal ☐ Hipotônico ☐ Hipertônico

6 - Decúbito: ☐ Trendelenburg ☐ Dorsal ☐ Fowler ☐ Outros: ☐

7 - Temperatura: ☐ Hipotérmico ☐ Febril ☐ Afebril

8 - Pele e Mucosas: ☐ Úmida ☐ Descarnada ☐ Ictérico ☐ Cianótico

Condições: ☐ Seca ☐ Desidratado

Coloração: ☐ Hipocrômico ☐ Edemaciado

Distribuição Hídrica: ☐ Boa

9 - Avaliação Pulmonar:

Ausculta Respiratória: ☐ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico

Padrão respiratório: ☐ BAN ☐ TIC ☐ TSC ☐ Respi. ruidosa ☐ Gemente

Oxigenoterapia: ☐ Não ☐ Sim ☐ O2 Contínuo ☐ Venturi % ☐ Macro NBZ

Drenos: ☐ Não ☐ DVE ☐ DVP ☐ Mediastínico ☐ Pen Rose

Aspiração contínua: ☐ Dreno a vácuo ☐ Oscila ☐ Não oscila

Torácico - selo d'água ☐ Borbulha ☐ Não borbulha

Aspiração contínua: ☐ Sim ☐ Não ☐ Drenado ☐ ml

Sigatário: ☐

Sigatário: ☐

Sigatário: ☐

Sigatário: ☐

Sigatário: ☐

Sigatário: ☐

Sigatário: ☐

Sigatário: ☐

Sigatário: ☐

Sigatário: ☐

Sigatário: ☐



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 6496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO  
End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110  
Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

DT.Cad: 12/05/2019  
DT. Nasc: 15/01/1990  
Bairro: QENTRO  
Cidade: ITAMARACA  
CNS: 706808213364121

Leito: 2791

Data: / / Hora:

### Esquema Terapêutico:

### Exames Realizados:

### Informações e Intercorrências:

*Seguir a evolução*

Assinatura / Carimbo







Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

# COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

## REGISTRO - Téc. Enfermagem - SAE - ADULTO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt.Cad: 12/05/2019

Dt. Nas: 15/01/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 705808213354121

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO  
End.: ALTO DA FELICIDADE  
Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I LOOE

Leito: 2791

HORA: 09:45

PLANTÃO DIURNO

DATA 20/05/19

HQ:

Estado geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta: ☒ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Dieta zero  
Padrão respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico  
Acesso venoso: ☒ Periférico ☐ Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativo: ☒ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos: ☐ Sim ☒ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese: ☐ Presente ☐ Ausente  
Observações: Recebeu alta melhorada. Karla  
Karla M. da Silva  
COREN-PE 531.493-12

Técnico de enfermagem

HORA: \_\_\_\_\_

PLANTÃO NOTURNO

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado geral: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta: ☐ VO ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE ☐ NPT ☐ GTT ☐ Dieta zero  
Padrão respiratório: ☐ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico  
Acesso venoso: ☐ Periférico ☐ Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativo: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese: ☐ Presente ☐ Ausente  
Observações: \_\_\_\_\_

Técnico de enfermagem

## CHEGAGEM DE MUDANÇA DE DECÚBITO

Horário	Assinatura / carimbo	Observações
08:00		
10:00		
12:00		
14:00		
16:00		
18:00		
20:00		
22:00		
00:00		
02:00		
04:00		
06:00		



[illegible]



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-84

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE / ADULTO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt.Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Nasc: 15/01/1990

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 11C

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Leito: LEITO 05

CNS: 706808213354121

Hipótese Diagnóstica:

Data:

Hora:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Déficit neurológico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar a avaliação neurológica utilizando a escala de Glasgow de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar alterações de nível de consciência <input type="checkbox"/> Outros	
2. Déficit cardíaco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência cardíaca de ____/____h <input type="checkbox"/> Realizar ausculta cardíaca de ____/____h <input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar queixas de palpitação <input type="checkbox"/> Outros	
3. Ventilação prejudicada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas de ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar oximetria de pulso de ____/____h <input type="checkbox"/> Auscultar tórax de ____/____h <input type="checkbox"/> Outros	
4. Padrão alimentar Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pesar em jejum a cada ____/____h <input type="checkbox"/> Registrar aceitação alimentar diariamente <input type="checkbox"/> Solicitar acompanhamento nutricional <input type="checkbox"/> Outros	
5. Padrão de eliminação intestinal Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Orientar e estimular ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Estimular exercícios físicos respeitando limitações <input type="checkbox"/> Registrar frequência e características de eliminação intestinal <input type="checkbox"/> Registrar ausência de eliminação intestinal <input type="checkbox"/> Solicitar acompanhamento nutricional <input type="checkbox"/> Outros	
6. Padrão de eliminação urinária Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ____/____h <input type="checkbox"/> Descrever características da diurese <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária: Bexiga neurogênica <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Bexigoma <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medir volume de diurese de ____/____h <input type="checkbox"/> Pesar diariamente em jejum <input type="checkbox"/> Outros	
7. Dor <input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Registrar fáceis de dor <input type="checkbox"/> Identificar alterações de tônus muscular <input type="checkbox"/> Manter posicionamento confortável <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros	
8. Integridade tissular prejudicada <input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Descrever as características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo de ____/____h Local: _____ Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Outros	



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
9. Náuseas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência	
10. Êmese <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar características	
	<input type="checkbox"/> Outros	
11. Desidratação <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ____/____h	
	<input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade das mucosa	
	<input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele	
	<input type="checkbox"/> Outros	
12. Edema <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico à cada ____/____h	
	<input type="checkbox"/> Descrever características do edema	
	<input type="checkbox"/> Registrar presença de inflamação / Infecção	
	<input type="checkbox"/> Outros	
13. Depressão <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar diálogo de interação com o paciente e família	
Leve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Proporcionar distração tipo: _____	
Moderada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar avaliação psicológica	
Severa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
14. Déficit de auto-cuidado	<input type="checkbox"/> Auxiliar banho de aspersão	
Banho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito	
Vestir-se <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar higiene oral	
Higiene oral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
Alimentar-se <input type="checkbox"/>		
15. Risco para infecção <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais de ____/____h	
	<input checked="" type="checkbox"/> Registrar presença de sinais flogísticos	
	<input type="checkbox"/> Coletar sumário de urina:	
	Urocultura, se febre <input type="checkbox"/> Hemocultura <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Outros	
16. Risco para aspiração <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Elevar decúbito	
	<input type="checkbox"/> Orientar início da dieta quando o paciente estiver bem acordado	
	<input type="checkbox"/> Avaliar posicionamento da sonda, tipo: _____ e aspirar resíduo gástrico antes de administrar a dieta	
	<input type="checkbox"/> Manter dieta suspensa durante o banho	
	<input type="checkbox"/> Outros	
17. Risco de queda	<input type="checkbox"/> Manter grades elevadas e leitos travados	
Baixo risco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinalizar o paciente na placa de identificação	
Alto risco <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar ajuda para manipulação do paciente, se necessário	
	<input type="checkbox"/> Estimular deambulação com auxílio	
	<input type="checkbox"/> Orientar quanto a importância da leitura do folder	
	<input type="checkbox"/> Outros	

ASSINATURA E CARIMBO  
ENFERMEIRO / DIURNO E NOTURNO

ASSINATURA E CARIMBO  
TÉC. DE ENFERMAGEM / DIURNO E NOTURNO

**COMPLEXO HOSPITALAR IMIP**

Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

**SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA**

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 5496619

Atendimento: 9946253

Dt.Cad: 12/05/2019

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Dt. Nasc: 15/01/1990

Mãe: LUZUNETE AMARO DA CONCEICAO

Bairro: CENTRO

End.: ALTO DA FELICIDADE

Cidade: ITAMARACA

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L00E

Leito: 2791

CNS: 706808213354121

DATA DE NASCIMENTO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Masculino

	1
--	---

Feminino

	3
--	---

Cônjuge

	4
--	---

Filho

	6
--	---

Outro dep.

	8
--	---

CPF DO MÉDICO SOLICITANTE

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

Empregado

	1
--	---

Empregador

	2
--	---

Autônomo

2	3
---	---

Desempregado

	5
--	---

Aposentado

	7
--	---

DIAGNÓSTICO INICIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

**PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

☐ MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO

☐ USO DE PRÓTESE ÓRTESE

☐ DIÁRIA DE UTI

☐ USO DE FATIRES DE COAGULAÇÃO

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ USO DE OXIGENADORES

☐ VACINA ANTI RH

☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL

☐

☐

**DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

- 0408050136 /

- 0408060549 /

- 0408050390 /

- 0408060890 /

**RESUMO DA INTERNAÇÃO**

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CÓDIGO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

CÓDIGO

MOTIVO DE ALTA

DATA DA INTERNAÇÃO

16.05.19

DATA DE ALTA

20.05.19

DIAS DE HOSPEDAGEM

*Assinatura do Médico*  
*Geisiane Silva*  
*34158*  
*31847*

MÃOS - LAVAGEM RIGOROSA ANTES E APÓS MANUSEAR O PACIENTE - CCIC



[illegible][illegible]

DATA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CHEFE DA CLÍNICA



Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO

End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253

Leito: 2701

DL Cad: 12/05/2019

DL Nasc: 15/01/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: ITAMARACA

CNS: 706808213354121

Data: 20/05/19 Hora: 13:43

HD:

#### Escala Visual Analógica (EVA) - Dor



1 - Estado geral: ☐ Grave ☐ Comprometido ☒ Regular ☐ Bom

2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular: ☒ Espontânea 4 ☐ Dor 2 ☐ Nenhuma 1

Resposta verbal: ☒ Orientado 5 ☐ Confuso 4 ☐ Palavras inapropriadas 3

Resposta motora: ☒ Obedece comandos 6 ☐ Localiza dor 5 ☐ Retirada à dor 4

Glasgow: OBS: ☐ Paresias ☐ Flexão anormal 3 ☐ Resposta extensora 2 ☐ Nenhuma 1

3 - Avaliação Emocional: ☐ Alívio ☒ Hipotônico ☐ Sedado

4 - Pupilas: ☐ Agitado ☐ Gemente ☒ Coratoloso ☐ Mioso

5 - Tônus: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midríase ☐ Miase

6 - Decúbito: ☐ Realivas ☐ Não realivas ☐ Hipertônico

7 - Temperatura: ☐ Normal ☐ Hipotônico ☐ Outro: ☐ Afebril

8 - Pele e Mucosas: ☐ Tendeletumburg ☐ Dorsal ☐ Fowler ☐ Febril

Condições: ☐ Úmida ☒ Descamativa ☐ Cianótico

Coloração: ☐ Normocrado ☐ Ictérico ☐ Desidratado

Distribuição Hídrice: ☐ Seca ☐ Edemaciado

9 - Avaliação Pulmonar:

Ausculta Respiratória:

Padrão respiratório: ☐ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico

Oxigenoterapia: ☐ BAN ☐ TIC ☐ TSC ☐ Gemente

Drenos: ☐ Não ☐ Sim ☐ O2 Contínuo ☐ Venturi % ☐ Macro NBZ

Dreno à vácuo: ☐ DVE ☐ Mediasférico ☐ Pen Rose

Tórax - selo d'água: ☐ Oscila ☐ Não oscila

Aspiração contínua: ☐ Sim ☐ Não ☐ Drenado ml

#### 10 - Avaliação Cardiovascular:

Ausculta Cardíaca:

Pulso: ☐ Cheio ☐ Filiforme ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico

Perfusão periférica: ☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso

Acesso venoso: ☐ Boa ☐ Regular ☐ Lentificada ☐ Ausente

Local: ☐ PVC ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF

Local: ☐ PNF ☐ PNF ☐ PNF





Instituto de Medicina Integral Prof.  
Fernando Figueira - IMIP  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

## COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 5496619  
Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Mãe: LUZINETE AMARO DA CONCEICAO  
End.: ALTO DA FELICIDADE Nº: 110  
Enferm.: CIRURGICA I - ENF. I L005

Atendimento: 9946253  
Leito: 2791

DL Cad: 12/05/2019  
DL Nasc: 15/01/1990  
Bairro: CENTRO  
Cidade: ITAMARACA  
GNS: 708808213354121

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

### Esquema Terapêutico:

### Exames Realizados:

### Informações e Intercorrências:

Mariana de O. Galvão  
Enfermeira  
CONECTIVIDADE

Assinatura / Carimbo

HOSPITAL MIGUEL ARRAES  
Sistema de Internacao -- Ficha de Paciente

Codigo.....: 125580      Data.: 11/05/2019      Hora: 20:18  
Nome.....: RICARDO FRANCISCO DA SILVA  
Apelido.....:      Situacao: NORMAL]

Idade.....: 29a 3m 26d      Dt.Nasc.: 15/01/1990  
Documento....: Sexo.....: MASCULINO  
Sexo.....: MASCULINO      Cor.....: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Filiação.....: LUIZINETE AMARO DA CONCEICAO

Endereco.....: SITIO BOM JESUS,  
Cidade.....: ILHA DE ITAMARACA      -PE  
Bairro.....: BAIXA VERDE  
Fone.....: 8193075261  
Cep.....: 53900000

Distrito Sanitario:  
Classe Economica...:  
Tipo de Moradia...:  
Tipo de Residencia:  
Grau de Instrução...:  
Rajigião.....:  
P. ssão.....:

Trabalho.....:  
Conjuge.....:  
Tipo Sanguineo:  
Doador.....: N  
Checapac.....: 19900115RICARDO FRLUIZINETE A  
Usuario.....: MAYARAAM  
Numero CNS.....: 706808213354121  
C.P.F.....:  
Registro.....:  
Identidade.....:





**FPMF – Hospital Prof. Oscar Coutinho**  
**GRUPO DE JOELHO**

**PACIENTE: RICARDO FRANCISCO DA SILVA**

**IDADE: 29 ANOS**

**REGISTRO: 5496619**

**ATENDIMENTO: 9946253**

**ADMISSÃO: 12/05/2019**

**Data do Internamento: 12/05/2019**

**Data da cirurgia: 16/05/2019**

**Data da Alta: 20/05/2019**

**DIAGNÓSTICO: LESÃO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO**  
**PROCEDIMENTO REALIZADO: RECONSTRUÇÃO DO MECANISMO**  
**EXTENSOR DO JOELHO DIREITO**


**RESUMO DA INTERNAÇÃO**

Paciente internada para realização de procedimento supracitado. O mesmo ocorreu sem intercorrências. Paciente evoluiu sem queixas. Ferida operatoria com bom aspecto.

**Orientações:**

- 1- Retornar para o ambulatorio Dr. Felipe Nunes 06:30 horas da manhã No predio dos ambulatorios , 5 ° andar ; no dia 30 de Junho de 2019.
- 2- Seguir prescrição e orientação médica;
- 3- Fazer uso de Antibiótico, Analgesia e Tromboprofilaxia.
- 4- Fisioterapia Motora
- 5- Não posicionar objetos a baixo do joelho

**20/05/2019**

  
Dr. Jan Lacerda  
CRM-1-118 9824  
CRM-PE 23590

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TÁRAXIS ATUEL

EC-1

Polícia de Identificação

Ricardo Francisco da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.777.307 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/11/2016

NOME << RICARDO FRANCISCO DA SILVA >>

PAZADO << SEVERINO FRANCISCO DA SILVA >>  
<< LUZINETE JOSEFA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE ITAMARACÁ - PE DATA DE NASCIMENTO 15/01/1990

DIG. ORIGIN << CN.5841 L.A06 F.14V CART. SEDE  
ITAMARACÁ - PE 21.09.1992 >>

CPF 091.797.564-25

LEI Nº 7.116 DE 29.08.93

116741201711092605.7156128





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **091.797.564-25**

Nome: **RICARDO FRANCISCO DA SILVA**

Data de Nascimento: **15/01/1990**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/10/2007**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **21:07:42** do dia **23/01/2020** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **DB34.1811.022B.A48B**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TANARES RUIR

EC-3

POSSUI FOTOCÓPIA

*Rossana Lígia Fernandes Dantas*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 DATA DE EXPIRAÇÃO 12/05/2017

COGNOME << ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

PAI << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>

MÃE << INACIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973

DOC. ORDEM << CC 26745 L47B F68 CART SEDE CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CPF 884.647.684-00

ASSINADO DIRETOR

LEI Nº 7.110 DE 25/06/63

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN - PE Nº 015102392763

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 647532925 2019

CLIMÉRIO GUTENBERG SILVA DE OLIV

EIRA

OLINDA-PE

127.920.924-20 KFF2731

9C2FC08505R035664

PAB / MOTOCICLETA 2 GAZOLINA

HONDA/CG 150 TITAN ES 2005 2005

2P/149CL 2005 2005

1 IPVA 2019 QUITADO 1ª VENC COTA ÚNICA 1ª

2ª 3ª

3ª

4ª

5ª

6ª

7ª

8ª

9ª

10ª

11ª

12ª

13ª

14ª

15ª

16ª

17ª

18ª

19ª

20ª

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

OLINDA

28/08/19

28/08/19

28/08/19

28/08/19

28/08/19

28/08/19

28/08/19

28/08/19

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015102392763 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CLIMÉRIO GUTENBERG SILVA DE OLIV

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EIRA

OLINDA-PE

1 127.920.924-20 KFF2731

847532925 HONDA/CG 150 TITAN ES

2005 09 9C2FC08505R035664

PRÊMIO TARIFÁRIO

36.05 4.01 40.06

4.15 0.32 84.56

27/08/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.245.402/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

SE NÃO DE FORTE OBRIGATORIO

DETRAN

CONTRAN

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081097/20

Vítima: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

CPF: 091.797.564-25

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/05/2019

Titular do CPF: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00**

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

**RICARDO FRANCISCO DA SILVA : 091.797.564-25**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/03/2020  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:**

Nome: RICARDO FRANCISCO DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AUX. SERVIÇOS

Identidade: 7.777.307 - SDS/PE CPF: 091.797.564-25

Endereço: RUA SÍTIO BOM JESUS, nº 55, SÍTIO BOM JESUS,  
ITAMARACÁ - PE, CEP: 53.900-00, FORTO DA CAL.

**PROCURADOR(A):**

**Nome:** ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS

**Nacionalidade:** Brasileira    **Estado Civil:** Divorciada    **Profissão:** Empresária

**Identidade:** 7.742.986 SDS/PE      **CPF:** 884.647.684-00

**Endereço:** Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 11 / 05 / 2018, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Itamaracá 29.11.2019  
Local e data

### Local e data

Ricardo Ferra corda silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(Reconhecer firma por autenticidade)



**CARTÓRIO EDÍSIO UCHOA** - Editor: Edísio Cavalcanti - 36

leconheço por autenticidade: RICARDO FRANCISCO DA SILVA, dow N. Wm  
e Ramon PE, 25/11/2019 às 17:00 em local de verdade  
DJANE REGINA AMORIM CO NASCIMENTO  
FEZERRA, (SUBSTITUTO(A)).

Imat.: R\$ 3,59 TMR: R\$ 1,00 FERC: R\$ 0,40 ISS: R\$ 0,00 FERM: R\$ 0,04  
UNEG: R\$ 0,00 Total: R\$ 4,79. Selo Digital: 0070851.20111201901.00518.  
Consulte autenticidade em <http://www.ipe.gov.br/selo digital>



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081097/20

**Vítima:** RICARDO FRANCISCO DA SILVA

**CPF:** 091.797.564-25

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 11/05/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RICARDO FRANCISCO DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### RICARDO FRANCISCO DA SILVA : 091.797.564-25

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/03/2020  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 884.647.684-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200101788 **Cidade:** Ilha de Itamaracá **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICARDO FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 11/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA MEMBRO INFERIOR DIREITO. P1.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P72,101,111.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE FRATURA JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE FRATURA JOELHO DIREITO

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50