

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

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190638177

Vítima: THIAGO GABRIEL BARBOSA DE MENEZES PEREIRA

Data do Acidente: 25/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THIAGO GABRIEL BARBOSA DE MENEZES PEREIRA

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



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

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190638177**

Vítima: THIAGO GABRIEL BARBOSA DE MENEZES PEREIRA

Data do Acidente: 25/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), THIAGO GABRIEL BARBOSA DE MENEZES PEREIRA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO
DIRETORIA DE SAÚDE- CMH
ATESTADO MÉDICO**



Nome: Hávia Cabral B - n.º Port. 718083

Posto/Grade: ALFERES

A) Dispensa para Tratamento de Saude (LTS)

Dispensado do serviço: 30/09/2020

- Exercícios Físicos
- Exercícios Militares
- Exercícios Profissionais
- Outras Restrições

Permitido ser cumprida na CME, no horário da expediente, com exceção das 06h00m às 09h00m e das 18h00m às 21h00m.

B) Dispensa para Tratamento de Saude (LTS)

Licença de saída: 30/09/2020 dias e 00 horas

Permitido ser cumprida na CME em virtude da doença ou CID

502

C) Atividades profissionais:

Exercícios Militares: 30/09/2020 de 06h00m às 09h00m e de 18h00m às 21h00m, ou 00h00m às 03h00m.

Exercícios físicos/instrução com exercícios físicos de tropas passivo/aquáticas que envolvem movimentos rápidos e sincronizados.

Exercícios profissionais: atividades específicas policial militar batalheira ou de guarda, a qual devem envolver alto esforço físico, atividades exercidas fora da CME em que sejam:

KOTE SEGURO
Erica Araújo
12/11/19



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO
DIRETORIA DE SAÚDE - CMH
ATESTADO MÉDICO

Nome: Thiago Vieira Same nº: 112083

Posto/Grad.: _____ Unidade: _____

A) Dispensa para Tratamento de Saúde (DTS)

Dispensado do serviço por _____ dias, a contar de _____

- () Exercícios Físicos
() Exercícios Militares
() Exercícios Profissionais
() Outras Restrições

Deverá ser cumprida na OME, no horário de expediente, em virtude da doença ou CID

B) Licença para Tratamento de Saúde (LTS)

Licença do serviço por _____ dias a contar de _____

Deverá ser cumprida fora da OME, em virtude da doença ou CID

C) Apto a contar de _____

02/10/17
DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Exercícios Militares: ordem unida, a pé firme ou em marcha, com ou sem armas; maneabilidade, com ou sem armas.

Exercícios Físicos: instrução com exercícios físicos de tropa, mesmo educativos, que exijam movimentos rápidos e sincronizados.

Exercícios Profissionais: atividade específica policial militar ostensiva, ou de guarda, e qualquer que exija esforço físico, atividades exercidas fora da OME em que serve.

IMPRESSO NO PARQUE GRÁFICO DO CASIS- RUA BETÂNIA S/N- DERBY-RECIFE-PE

XOTE SEGURO:
Erica AP/111111a



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLÍCIA MILITAR DO PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE - CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

GUIA DE ALTA HOSPITALAR

André Felipe
CORPO DE FABRÍCIO SIS

Unidade de Internação	Apartamento	Quarto	Leito		
DADOS DO PACIENTE					
Nome			SAME		
Responsável			SAME		
Posto/Graduação	Unidade	SubUnidade			
Diagnóstico de Alta					
Data de Internação			Data da Alta		
Precisa de Acompanhante	SIM	NAO	Precisa Ambulância	SIM	NAO
Condição de Alta	Apto	Transferido	LTS	DTS	LPTS
Óbito	Atestado Óbito	SIM	NAO	Destino do Corpo:	

MÉDICO-CREMEPE



SISMEPE

~~SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO
DIRETORIA DE SAÚDE~~

Pg. 1/1

Emitido por: graciene.maría

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNACÃO

INFORMAÇÕES GERAIS			
Atendimento: 1571719	Data/Hora: 25/08/2019 11:54:06	Situação: Aberto	Leito: 403/02
Médico: GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR	Unidade de Internação: GEQUAR		
INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE			
SAME: 718083-00	Nome: THIAGO GABRIEL BARBOSA DE MENEZES PEREIRA		
Dt. de nasc.: 14/08/1992	Idade: 27 anos 1 mês	Sexo: M	Estado civil:
Nome da mãe: X	Telefone: 81997639454		
Endereço: X			
INFORMAÇÕES DA ALTA/DIAGNÓSTICO			
* motivo alta:	Data:		
médico responsável:			

ASL-0399957/19 Delgado
bianca.vieira 30/09/2020
09/2020 17:37:30 bianca.vieira
trala.san 30/09/2020

- Department of Health, responsible for examining the deceased person's medical history, present condition and past medical treatments.
 - Funeral director or no D, fifth D.

ASL 0399957/11
Bianca.vieira 30/09/2020 17:37:30
2020-09-30 17:37:30
Bianca.vieira 30/09/2020 17:37:30
2020-09-30 17:37:30

Praça do Derby - 5904-000 Derby - Rio Grande do Sul

17-01-2010
Dr. 1740/01 Abuzar
Cirebon - Indonesia
SM. - 01 - 1234

KOTE SEGUN
Erica Araújo
20/11/14

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO



CMH - PMPE / CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
SERVIÇO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PACIENTE:	Thiago Gabriel Batista de M. Ferreira			DATA:	14/08/1992							
NOME:	Thiago	SEXO:	GRAD:	UNIDADE:	27							
RESPONSÁVEL:	Dr. Roberto											
SAME:	GRAD:			UNIDADE:								
DATA:	02/10/19	EMERGÊNCIAL:	SIM	SÃO X	SALA: 05							
CIRURGIA:	Fratura dor avesso Antebraço			INÍCIO:	08:45							
TIPO DE ANESTESIA:	LOCAL	BLOQUEO	RAQUÍTICO	PERIDURAL	INFUSÃO	INHALATÓRIA	RAI ANCRADA	INÍCIO:	08:40	TERMINO:	10:00	PORTO:
CIRURGIA:	Dr. Roberto Paes			NEONATOLOGISTA:								
1º AUXILIAR:				INTERMEIRAL:	André							
2º AUXILIAR:				CIRCULANTE:	Carla							
ANESTESISTA:	Wanderl			INSTRUMENTADOR:	Carlos (Empregado)							
TAXA DE EQUIPAMENTOS	HORA INÍCIO	HORA TÉRMINO	MATERIAL ESPECIAL (OPME)	QUANE								
APRELIHO ANESTESIA	08:30	10:00	Placa DCP C107 espécie 01									
ASPIRADOR ELÉTRONICO			Placa 1/3 tubulín 415 0 01									
ARTROSCÓPIO/SHAVING			Trocifuso Cervical 14									
BISTURI ELÉTRONICO / ULTRASSÔNICO												
HISTERO EARGÔNICO / LIGASURE												
BOMBA / INFUSÃO / JANNET / SERINGA												
BRONCO ALCALÓ												
BRONCOSCOPIO												
BUTAS PNEUMÁTICAS												
CEC												
VITROSCOPIO												
COLCÃO TÉRMICO												
ENDOSCÓPIO												
FONTE DE LUZ												
GARRITO PNEUMÁTICO												
HISTEROSCÓPIO												
INCUBADORA												
INTENSIFICADOR DE IMAGEM												
LASER												
MICROSCÓPIO												
MONITOR C/ OXICAMPIONOSCOPIA												
PASE												
RESSECTOSCÓPIO / URETROSCOPIO												
ULTRASSÔNICO												
VIDEOLAPAROSCÓPIO												
OUTROS:												
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM												
<p>Paciente admitido no 1º e consciente 08:30 para procedimento para realizar cirurgia com Dr. Roberto. Procedimento sem intercorrência.</p>												
<p>08:30-10:00</p>												
<p>certo</p>												
<p>ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO</p>												
<p>ASSINATURA E CARIMBO DO CIRULANTE</p>												
<p>KOTE SEGURO: Erica Araújo DDM/19</p>												



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
BOLETIM OPERATORIO

Nome do Paciente

Thiago Elias Bento Reis

SAME

219-83

Diagnóstico Pré- Operatório:

Fragata

interv.

exterv.

Intervenção indicada:

Riscos estimados da
intervenção, indicado pelo
cirurgião antes do operar

	Eletiva	Emergência	Paliativa
1 - Bom	1 - Bom	1 - Bom	1 - Bom
2 - Regular	2 - Regular	2 - Regular	2 - Regular
3 - Mau	3 - Mau	3 - Mau	3 - Mau

No caso do risco estimado ser
regular ou mau, devem ser dadas
as razões na História Clínica.

Cirurgião Dr:

Dr. Robert Ribeiro

Anestesista Dr:

Nelson Costa

Auxiliares Drs:

Dr. Ruy

Circulante:

Firm

Instrumentadores:

Data da Intervenção:

02/10/19

Hora Início:

Intervenção Feita:

anam.

Anestesia Praticada:

glo

Diagnóstico Pós Operatório:

9

Descrição Detalhada da Intervenção (Técnica Operatória, Incisão, Achados, Órgãos Examinados, Órgãos

Extirpados, Ligaduras, Suturas, Drenos, etc.)

1) Pece

2) 201730

3) Mma

4) 201730

5) 201730

6) 201730

7) 201730

8) 201730

9) 201730

10) 201730

11) 201730

12) 201730

13) 201730

14) 201730

15) 201730

16) 201730

17) 201730

18) 201730

19) 201730

20) 201730

21) 201730

22) 201730

23) 201730

24) 201730

25) 201730

26) 201730

27) 201730

28) 201730

29) 201730

30) 201730

31) 201730

32) 201730

33) 201730

34) 201730

35) 201730

36) 201730

37) 201730

38) 201730

39) 201730

40) 201730

41) 201730

42) 201730

43) 201730

44) 201730

45) 201730

46) 201730

47) 201730

48) 201730

49) 201730

50) 201730

51) 201730

52) 201730

53) 201730

54) 201730

55) 201730

56) 201730

57) 201730

58) 201730

59) 201730

60) 201730

61) 201730

62) 201730

63) 201730

64) 201730

65) 201730

66) 201730

67) 201730

68) 201730

69) 201730

70) 201730

71) 201730

72) 201730

73) 201730

74) 201730

75) 201730

76) 201730

77) 201730

78) 201730

79) 201730

80) 201730

81) 201730

82) 201730

83) 201730

84) 201730

85) 201730

86) 201730

87) 201730

88) 201730

89) 201730

90) 201730

91) 201730

92) 201730

93) 201730

94) 201730

95) 201730

96) 201730

97) 201730

98) 201730

99) 201730

100) 201730

101) 201730

102) 201730

103) 201730

104) 201730

105) 201730

106) 201730

107) 201730

108) 201730

109) 201730

110) 201730

111) 201730

112) 201730

113) 201730

114) 201730

115) 201730

116) 201730

117) 201730

118) 201730

119) 201730

120) 201730

121) 201730

122) 201730

123) 201730

124) 201730

125) 201730

126) 201730

127) 201730

128) 201730

129) 201730

130) 201730

131) 201730

132) 201730

133) 201730

134) 201730

135) 201730

136) 201730

137) 201730

138) 201730

139) 201730

140) 201730

141) 201730

142) 201730

143) 201730

144) 201730

145) 201730

146) 201730

147) 201730

148) 201730

149) 201730

150) 201730

151) 201730

152) 201730

153) 201730

154) 201730

155) 201730

156) 201730

157) 201730

158) 201730

159) 201730

160) 201730

161) 201730

162) 201730

163) 201730

164) 201730

165) 201730

166) 201730

167) 201730

168) 201730

169) 201730

170) 201730

171) 201730

172) 201730

173) 201730

174) 201730

175) 201730

176) 201730

177) 201730

178) 201730

179) 201730

180) 201730

181) 201730

182) 201730

183) 201730

184) 201730

185) 201730

186) 201730

187) 201730

188) 201730

189) 201730

190) 201730

191) 201730

192) 201730

193) 201730

194) 201730

195) 201730

196) 201730

197) 201730

198) 201730

199) 201730

200) 201730

201) 201730

202) 201730

203) 201730

204) 201730

205) 201730

206) 201730

207) 201730

208) 201730



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO**

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

BOLETIM OPERATORIO

Nome do Paciente

Name of Patient Thomas Charles B. n. r. Per

SAME

Diagnóstico Pré- Operatório: Fratura em hérnia

Intervenção indicada:

Riscos estimados da intervenção, indicado pelo cirurgião antes de operar	Eletiva	Emergência	Paliativa	No caso do risco estimado ser regular ou mau, devem ser dadas as razões na História Clínica.
1 - Bom	4 - Bom	7 - Bom		
2 - Regular	5 - Regular	8 - Regular		
3 - Mau	6 - Mau	9 - Mau		

Cirurgião Dr: Dra. Roberta Pavan Anestesiologista Dr:

Auxiliares Drs. _____ Anestesista Dr. _____

ABALIMES DIRE

Circulante

Data da Intervenção: 02/08/15

www.english-test.net

Intervenção Física

Anestesia Praticada

Diagnóstico Básico

Descrição Detalhada da Intervenção (Técnica Operatória, Incisão, Achados, Órgãos Examinados, Órgãos Extirpados, Ligadura, Suturas, Drenos, etc.)

Exámenes, Ligadura, Suturas, Drenos, etc.)

- 1) Perce e DD ab bisagras blanca
- 2) Lysse nSE + parox & farto
- 3) Muerte + ataque + asy de
cans en las
- 4) Duele lateral a la a
knee & dace en pie -n-
loco & farto
- 5) Rotación a la L + tte
pieza 35 + 06 parox
- 6) Lysse en SF
- 7) Gv
- 8) Duele lateral a la a
knee & pie
- 9) Parox a la L + dolor y
pieza 35 & 05 parox
- 10) Lysse en SF
- 11) dolor en pie
- 12) dolor
- 13) dolor a pieza

CIRURGIÃO / CREMEPE N°

KOTE SEGUN
Erica Ara
DIN



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome do Paciente:

SAME

Diagnóstico Pré- Operatório:

Intervenção indicada:

Riscos estimados da
Intervenção, indicado pelo
cirurgião antes de operar

Eletiva

1 - Bom

2 - Regular

3 - Mau

Emergência

4 - Bom

5 - Regular

6 - Mau

Balizativa

7 - Bom

8 - Regular

9 - Mau

No caso do risco estimado ser
regular ou mau, devem ser dadas
as razões na História Clínica.

Cirurgião Dr:

Anestesista Dr:

Auxiliares Drs:

Instrumentadores:

Data da Intervenção:

Intervenção Feita:

Anestesia Praticada:

Diagnóstico Pós Operatório:

Descrição Detalhada da Intervenção (Técnica Operatória, Incisão, Achados, Órgãos Examinados, Órgãos Extirpados, Ligadura, Suturas, Drenos, etc.)

- (1) Pocoet 10x DDA sob acetato
- (2) Anelino + Antevisão + limpação da carne
- (3) Tacos 10x + ferro 10x alvear.
- (4) Limpeza exaustiva (13h, 14h).
- (5) Sutura + tensão - 9 alveo - colar.

OBS: Nao houve luxação nenhuma e/ou sequelas.
A suture d placebo e o colar, que permaneceu
a limpeza das feridas com substâncias com solo
Cantonal e depois o escovado.
Nenhum d lesão, ferida d suture d placebo.

Dr. George Atencal
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PE 001007 - 12/20
CRM - FONATEOT - 12/20

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL PÓLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO CENTRO MÉDICO HOSPITALAR / BLOCO CIRÚRGICO						FICHA DE ANESTESIA		
						SAME: 718083-00		
Nome: Thiago Sennel Souza de Oliveira		Idade: 27		Sexo: M		Estado Civil: Solteiro		
Data: 25/09/19		Clínica: Ortopedia		Urgência: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Peso real: 67		
Titular do Plano:		Posto/graduação:		SAME titular:		CME:		
Cirurgia proposta:								
Hora: 13:00 Fase: 1 ETCO ₂ : 38.000 mmHg P: 120 mmHg S: 100 mmHg D: 60 mmHg A: 40 mmHg V: 20 mmHg								
Diagnóstico								
Doenças associadas								
Medicamentos em uso								
Alergias								
Passado cirúrgico								
Complicações:								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
AGENTES:		DOSE:		TÉCNICA:				
A) Phenac	100mg	B) Ketamina	200mg	Bloqueio de pleco bucal com injetar calvane + lura aberto.				
A) Ketamina	200mg	C) Propofol	100mg					
Reposição d. srt.		D) Nitrog	2g					
E) Nitropel		F) Propmid						
G) Dipriven		H) Nitropr						
OBSERVAÇÕES:								
Verificação escrita em MSD (verde e branco)								
CIRURGIA REALIZADA:		Técnica: Bloqueio de pleco bucal com injetar calvane + lura aberto.						
ANESTESISTA:		Assinatura: Dr. Renato CRM-PE 10.111		CRURGIO: Sergio				
TROCA DE ANESTESISTA:		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		Nome:				

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
12/11/19

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO

CMH - PMPE / CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
SERVIÇO DE ENFERMAGEM- CENTRO CIRÚRGICO



NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PACIENTE:	Thiago Gabriel Soárez de Oliveira		DATA:	DN/4/08/1992
SAMEL N°:	1671719	GRAD:	UNIDADE:	TADE:
RESPONSÁVEL:	O mesmo			27 anos

SAMEL:	GRAD:	UNIDADE:
DATA:	EMERGÊNCIA: SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>)	SALA: 05

CIRURGIA:	Tratamento Cirúrgico de fratura exposta		INÍCIO: 12:00	TERMINO: 13:00
TIPO DE ANESTESIA:	LOCAL (<input type="checkbox"/>) BLOQUEIO (<input checked="" type="checkbox"/>) MACA (<input type="checkbox"/>) PERIDURAL (<input type="checkbox"/>) SEDAÇÃO (<input type="checkbox"/>)	GERAL: ENDOVENOSA (<input type="checkbox"/>) INALATÓRIA (<input type="checkbox"/>) BALANÇADA (<input type="checkbox"/>)	INÍCIO: 12:00	TERMINO: 13:00

CIRURGIÃO:	Dr. George Alencar	NEONATOLOGISTA:		
------------	--------------------	-----------------	--	--

1º AUXILIAR:	ENFERMEIRA (OS): Paula + André
--------------	--------------------------------

2º AUXILIAR:	CIRCULANTE: Mayair
--------------	--------------------

ANESTESISTA:	Drª Ana Paula	INSTRUMENTADOR: Silvia
--------------	---------------	------------------------

FAIXAS EQUIPAMENTOS	HORA INÍCIO	HORA TÉRMINO	MATERIAL ESPECIAL (OPME)	QUANT.
---------------------	-------------	--------------	--------------------------	--------

APRELHO ANESTESIA	12:00	13:00		
-------------------	-------	-------	--	--

ASPIRADOR ELÉTRONICO				
----------------------	--	--	--	--

ARTROSCÓPIO/ SHAVING				
----------------------	--	--	--	--

BISTURI: () ELETRÔNICO () ULTRASSÔNICO				
--	--	--	--	--

BISTURI: () ARGONICO () LIGASURE				
------------------------------------	--	--	--	--

BOMBA: () INFUSÃO () ANNE () SERINGA				
---	--	--	--	--

BERÇO AQUECIDO				
----------------	--	--	--	--

BRÓNOSCÓPIO				
-------------	--	--	--	--

BOTAS PNEUMÁTICAS				
-------------------	--	--	--	--

CEC				
-----	--	--	--	--

CITOSCÓPIO				
------------	--	--	--	--

COLCHÃO TÉRMICO				
-----------------	--	--	--	--

ENDOSCÓPIO				
------------	--	--	--	--

FONTE DE LUZ				
--------------	--	--	--	--

GARROTE PNEUMÁTICO				
--------------------	--	--	--	--

HISTEROSCÓPIO				
---------------	--	--	--	--

INCUBADORA				
------------	--	--	--	--

INTENSIFICADOR DE IMAGEM				
--------------------------	--	--	--	--

LASER				
-------	--	--	--	--

MICROSCÓPIO				
-------------	--	--	--	--

MONITOR C/ OXICAPNONOGRAFIA				
-----------------------------	--	--	--	--

PAM				
-----	--	--	--	--

RESSECTOSCÓPIO/ URETROSCÓPIO				
------------------------------	--	--	--	--

ULTRASSÔNICO				
--------------	--	--	--	--

VIDEOLAPAROSCÓPIO				
-------------------	--	--	--	--

OUTROS:				
---------	--	--	--	--

GASES MEDICINAIS				
------------------	--	--	--	--

AR COMPRIMIDO				
---------------	--	--	--	--

CO ₂				
-----------------	--	--	--	--

NITROGÉNIO				
------------	--	--	--	--

OXIGÉNIO				
----------	--	--	--	--

PROTÓXIDO				
-----------	--	--	--	--

OUTROS				
--------	--	--	--	--

Evolução de Enfermagem

Ract foi admitido no B.C. consciente, orientado e com seu metabolismo normal. Foi realizada uma intervenção cirúrgica, que durou 1 hora e 30 minutos. Ele ficou desacordado durante a cirurgia, mas despertou normalmente após o procedimento. A paciente é encaminhada para o Gabinete.

Próximo:



ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRCULANTE

卷之三

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CLÍNICA CIRÚRGICA
SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
HISTÓRICO DE ATENDIMENTOS

ESTIMACÃO COPRI N° 358700

PLANTÃO: DIURNO	<input checked="" type="checkbox"/>	NOTURNO	<input type="checkbox"/>			
NOME:	Silvana Gabriel Barbosa de M			DATA DA ADMISSÃO: 25/09/19		
IDADE: 27	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> F	ENFERMARIA: 401	SAME: 71808350		
PROCEDÊNCIA: <input type="checkbox"/> Residência	<input checked="" type="checkbox"/> Setor de emerg.: SPA	<input type="checkbox"/> Outro serviço:				
ESTADO CIVIL: Solteira	ESCOLARIDADE: Superior Ine			PROFISSÃO: Bombeiro		
RELIGIÃO: Protestante						
MODO DE CHEGADA: <input type="checkbox"/> Deambulando	<input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Mais				
HIPÓTESE DIAGNOSTICA: PDI Traumatismo frátil exposta						
CIRURGIA PROPOSTA:				HORA DA CIRURGIA: hs		
ALERGIA: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Soluções	<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Alimentos	QUAL (ISI)?

MEDICAÇÃO EM USO: nega

ANTECEDENTES PESSOAIS: () Cardiopatia () DM () ITAS () Tuberculose () Neuropatia () Alergias Psiquiátricas () Asma
 () Tabagismo () Etilismo () Uso de droga (último uso _____ dias) () Quimioterapia () Radioterapia () Hormonal () Vezes na vida
 () Outros:

ANTECEDENTES CIRÚRGICOS: () nega.

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: () Bom () Regular () Comprometido () Grave

EMOCIONAL: () Comunicativo () Pouco comunicativo () Calmo () Despertado () Tensão () Ansioso

SISTEMA NEUROLOGICO: PUPILAS: () Mídicas () Midriásica () Hiperfáscica () Hipofáscica () Fotonervosista

() Reage a estímulos () Não reage a estímulos () Dormindo () Largo () Orientado () Desorientado () Torporoso
 () Comatoso

Altitudes: () Colaborativo () Não colaborativo () Agitado () Choroso () Calmo () Ansioso

CABEÇA E FACE: () Lesão () Deformidades () Seborreico () Presença de parasitas () Edema () Hematoma
 () Hemorragia () Processo inflamatório/infeccioso () Outros:
 () Lesões / local (s):

PELE E MUCOSAS: () Normocorrada () Hipocrorrada () Hidratada () Desidratada () Aniléntica () Ictérica () Acanótica
 () Anasarca () Mosquada () Integra () Escoriada () Tumor
 () Descamativa () Rash cutâneo () Petéquias () Hematoma () Venículas () Eritema () Queimadura "grau
 Turgor () Normal () Diminuído () Lesão por pressão (categoria) () Outros

SISTEMA CARDIOVASCULAR: PULSO: () Cheio () Filiforme () Prematuro () Arritmico () Taquicardia () Bradicardia
 () Normotensão () Hipertensão () Hipotensão () Normocardíaco () Taquicardíaco () Bradicardíaco
 () Edema: () Absente () Presente Local:

REGULAÇÃO TÉRMICA: () Afibril () Subfebril () Hipotermia () Febre () Hipergesia

SISTEMA RESPIRATÓRIO: () Eupneico () Dispnéico () Taquipneico () Bradipneico () BAN () Tisiogram () Foncos
 () Sibilos () Estertores () Creptasias () Frémitos () Tussus seca () Tussus profunda () Expectoração espontânea

Tipos de ventilação: () Discontínua/ ar ambiente () Oxigenoterapia () cateter nasal () min () cpap %
 () Venturi () TOT () Outro

SISTEMA GASTROINTESTINAL: CAVIARDE ORAL: Lesão () Sim () Não Qual?

Linguas () Sabrosa: () Lesão () Outros

NUTRIÇÃO: () Via oral () SNE () GTT () SNG Residue gástrico () Claro () Escuro () Amarelo () Cinza-azulado
 () Bora de café Volumes ml.

KOTE SEGUN
Erica Ar
2011/12

ABDOMÉ:	<input checked="" type="checkbox"/> Fúero	<input type="checkbox"/> Semi-globoso	<input type="checkbox"/> Globoso	<input checked="" type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Distrénsio	<input type="checkbox"/> Tensão	<input type="checkbox"/> Inflado
	<input type="checkbox"/> Dilatada; Local	<input type="checkbox"/> Simpático	<input checked="" type="checkbox"/> RHA presentes	<input type="checkbox"/> RHA ausentes		Vízceros megálitos	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Presente
ELIMINAÇÕES INTESTINAIS:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Condipação	<input type="checkbox"/> Diss	<input type="checkbox"/> Gástrica		vezes		
Cor:		Odo: <input type="checkbox"/> Fétido	<input type="checkbox"/> Característico	<input type="checkbox"/> Farto	<input type="checkbox"/> Outros			
SISTEMA GENITURINÁRIO:	Dissete: <input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Absente	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Fraca	<input type="checkbox"/> GVD	<input type="checkbox"/> Cistostomia		
Data de instalação:	/ /							
Volume:	ml	<input type="checkbox"/> Disuria	<input type="checkbox"/> Polaciúria	<input type="checkbox"/> Polioria	Aspecto: <input type="checkbox"/> Amarelo citrino	<input type="checkbox"/> Concentrada	<input type="checkbox"/> Depósito	
<input type="checkbox"/> Deposição	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Outros						
SISTEMA OSTEO-ARTICULAR:	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Fraturas	<input type="checkbox"/> Outros					
Local: <u>MSC</u>								
SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO:	Mobilidade: <input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Passiva	Movimentos Conservados: <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim				
Força Motora: <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> MMISS	<input type="checkbox"/> MMII					
Observações:								

PARÂMETROS CLÍNICOS									
PESO: <u>63</u> kg									
Horário: <u>13:30 h</u>	Temperatura: °C	Respiração: rpm		P脉搏: bpm					
		Tensão Arterial: X mmHg	Frequência Cardíaca: bpm	HGT: mg/dL					
Dieta zero:	FERIDA OPERATÓRIA: <input checked="" type="checkbox"/> Limpa <input checked="" type="checkbox"/> Curativo Ocultivo <input type="checkbox"/> Secretiva				RESERVA DE HEMOCOMPONENTES: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim				
A partir: ___ hs data: ___	Aspecto:				MATERIAL SOLICITADO:				
OBS:									
ACESSO VENOSO: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central	DRENOS: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Tipo: _____				RESERVA DE LEITO EM UTI: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim				
Local: <u>MSD</u>	Aspecto da drenagem: _____								
Data da punção: / /	CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA:				ENCAMINHADO: <input type="checkbox"/> PRONTUÁRIO <input type="checkbox"/> EXAMES LABORATORIAIS <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> LTC <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> ITC <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> OUTROS				
USO DE ANTIBIÓTICOS: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	FATOR Rh: _____								
INÍCIO: <u>Cefalotina</u> Qual (s)? <u>25/09/19</u>									

VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE - ETAPA 1 - UNIDADE DE INTERNAÇÃO								
<input type="checkbox"/> Checar dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)	<input type="checkbox"/> Retirada de adomos e piercing: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica							
<input type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico confirmado	<input type="checkbox"/> Retirada de próteses, lentes, óculos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica							
<input type="checkbox"/> Jejum confirmado	<input type="checkbox"/> Retirada de roupas íntimas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica							
Tricotomia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, realizará no bloco cirúrgico.	<input type="checkbox"/> Retirada de esmalte: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica							
Lesão cutânea: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual?	<input type="checkbox"/> Exames Realizados: <input type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Laboratoriais							
Higiene corporal com antiséptico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parecer Cardiológico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
Cabelos enxutos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Termo de Consentimento e Esclarecendo Assinado							
Esvaziamento vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Consentimento anestésico							
Esvaziamento intestinal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Prontuário e exames confundidos e completo							
Uso de gorro, propós e roupa cirúrgica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Consentimento Cirúrgico Sitio Lateralidade							
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Respiração espontânea: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
	<input type="checkbox"/> Hipertensão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
	<input type="checkbox"/> Febre nas últimas 24hs: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							

VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE - ETAPA 2 - ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO CENTRO								
(Realizada pelo profissional de Enfermagem junto ao paciente no Centro cirúrgico)								
Paciente confirmado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Prontuários/exames confundidos e completo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
	Paciente mantido em ilata com grades elevadas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
Observações:								

DATA: 25/09/19 HORA: 13:30 h ENFERMEIRO/COREN: Monica G. ARAUJO
 M. de Enfermagem: 2010020173730 N. de Enfermeiro: 2010020173730



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01 - Nome do Paciente

Tiago Gabriel Barbosa da Menezes Pereira

02 - Data: 25/09/19 | 03 - Hora: 13:30 | 04 - Nº Prontuário

401.2

Enfermagem

Paciente retorna ao B e com P01 traumas de fratura exposta em MSE, ferida aberta, escoriações, hematomas, edema, ofurado, dura V.O. e com óculos quebrados, AVF em MSD. Evolução clínica em F.O em MSE, sem queixa. Segue com fundo de olho queiroso. Pedi SIEPU. Mariana Costa
Centro Médico Hospitalar - ENF

Às 20:30h Pedi a queixa de joelho (E) + edema. Paciente relata que no exame feito não arusa nada de anormal. Ver o MA. Segue em obs no bônus - MCP. 25/09/19
Médico: Dr. Henrique
Assistente: Dr. Henrique
Data: 25/09/19

1º obs.

ATB atalot ~ (Dg)

Fratura em VIL antibiotic R

permaneça inst. do dntm permaneça

... n. rot. L pr. op.

- matur ATB

30/09/19

*ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:37:30*

26/09/19

06/09/2020 17:37:30

Sí que irons ev

Espécie ASL-0399957/19
*bianca.vieira
30/09/2020 17:37:30*

Sí es

70 110 x 20 mmHg

ECG = R.R. no risco

risco grau I

*ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:37:30*

Dr. Vinícius Melo Filho
Cardiologia - Hemodinâmica
CRM-PE - 9369

26/09/19 Entra paciente às 13h naqui. HD + DIO trat bruxismo em rotina. Sintoma MSE, comum, tolerado, eupnico, apesar ao toque, diarreia AVP MSD (T 29/09), acentuando dura p/VO, não correlaciona bem o sono durante a noite. Cuidado menor, uso de tala auto parar. Eliminação fisiologicas: DPOC. Foi avaliado Dr. Edvaldo, solicitado lab p/ cintomatologia p/ pnm e foi dado parceria médica p/ Dr. Vinícius. Naqui aos cuidados.

Raiana Aquino
COREN-PE 00000000000000000000000000000000

27.09.19 às 12:30h. Exame sanguíneo ECG, com afebril, sintomas eupnico, apesar de intensidade, manutenção em rotina no dia, mantendo, com afebre zero. Com AVP em MSD, T: 29/09, sem alteração demais. Fiz exames de gás, enzimas em ECG normal. Pode ser p/ DPOC. Exames p/ cintomatologia p/ pnm. Naqui uso tala auto parar, apesar de já ter medicamento para pnm. Recomendo medicamento para pnm.

Solange Freitas
CRM-PE 00000000000000000000000000000000



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01 - Nome do Paciente:

THIAGO Geral Belo de 17

02 - Data:

27/09/2020 17:37:30

03 - Hora:

04 - N° Prontuário

27/09/2020 17:37:30

autm 2

Traute em futebol que

futebo episo

anha = cato

Cupa 4º mo

28/09/2020 17:37:30

autm ev. 2

futbo detal punto.

tra um abo

cend = VPM

cupa 4º = fute

* Informações

28/09/19

Paciente em 3º IPI. Fratura exposta, HSC aberto em EGR, com
corte, ensangüentado, calmo, subluxado, deslocada, comido, inchaço
grave, edemásmico, circunferência, suprimento, apertado no momento, feriu
liso e seco. Fissura aberta p/ vs. AIP M3D1 (25/09). Iluminações fisiológicas
normais (SIC). Bom uso de laje acetopalemar. Aguarda confirmação
de evolução de punho p/ 02/10. Deixe aos cuidados da enfermeira.

19
1/09
1/10

Introdução

11 12 mmol

est. v. dc molar

Agradecimentos

Assinatura

307915

ajuda

Fratura exposta do punho e
apresenta-se com a 4^a ferida
sem quebra. Boa perfusão

conservar: Madrido

DR. SANMIGUEL ARAGÃO MELO
Ten. Cel. PMQOM
CRM-RJ 17
CRB-3 17



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01 - Nome do Paciente

Thiago Gabriel Barbosa de Oliveira Pereira

02 - Data: 30/09/19

03 - Hora: 08:06

04 - Nº Prontuário

Enfermagem; Paciente evoluí em 5º PPD fratura exposta, MSE, FGR, consciente, orientado, comunicativo, deambula, anietínico, afebril, no momento, constelação de náuseas, dispneia, febre, dor axilar, AVP em N3D (28/09), eliminações fisiológicas, D+, E(+). Em uso de tala axilopalmar. Aguarda confirmação de cirurgia de punho para 02/10. Relatado dor em local da cirurgia. Segue aos cuidados da equipe. Adm. de Enfermagem P6.

Marianna Couto
CRM-PE 201.905 - ENF

01/10/19 à Outrora -

Ponto cura cura punt
piso curto

Dr. Ricardo Barreto Muniz
Assessor de Odontologia
CRM-PE 16.256

01/10/19

ampolha

Pacient nul. t

nº 47 + t cura e
re - reaberto

curu

sol p curu

NLT 11 03/10/19

29/09 4 curu 1/19

reaberto 1/19

reaberto 1/19



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO**

**DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR**

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01- Nome do Paciente

Thiago Gabriel - Projeto de mestrado para
04 - N° Proc.

02 - Data: 01/10/19 03 - Hora: 08:57 1541914

Enfermagem: Paciente com 6º DPO TTO de fratura exposta
em M5E, muda em estado geral regular, consciente orientada,
de memória cráneo, hidratado suficiente com os fregos, fala
para sua evolução, convive bem e sofre, acata a dieta,
nega alergia, AVP não USD (7x15g), eliminação frágil
diminui (+) concentração, fogo (+) peritoneo. Segue com cuidados de
siter Acad. inf. Dr. ~~DR~~

~~Non-temperate rainforest~~ ~~Non-tropical rainforest~~

130995719
JUNHO 2019
Balança de Aquino
FOLHA DE REVISÃO
INTERNA DO PESO
Nº 101 FOTO ENERGIA DO ANTRI-
SACARÍDICO E MOLH. EGF. CORR. SALT. ORGÂNICO, HIDROCARB. (ETANO), SUPRIMENTO
DE CARBOVERTE, VITAMINA D3, B12, ÁLCOOL ANTIESTÉRIL 70% SE. P/ TECNICOS
FOGLIO UNICO VITAMINA C (VITAMINA C) , ÁCIDO MÁD (KALIA AMARILLO) ,
DUTA VO. SÍNCRONA, PRIMERATO ATB MATERIAIS SUR. DOS LIVROS DA
CASA HOSP. ARMANDO SOUZA RUA 03/10 X RUA 101/1000 UNICAMPUS
BALANÇA DE AQUINO

Mariana C. Couto
Centro de Estudos da Linguagem

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE: Thiago Gabriel Barbosa de Menezes

PLANTÃO: DIURNO

I) NOTURNO

Data: 01 / 10 / 19

Hora: 04:00 h

LEITO: 101.2 SAME:

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SETOR: GEQUAR

Alergia medicamentosa: Não () Sim quais?

Pronto-aviso e exames conferidos e completo

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Confirmação do paciente nome completo e número do prontuário:
 Sim () Não

Paciente: Jéssica Vieira

FERIDA OPERATÓRIA: () Não Sim

Local: Abdomen

Aspecto: Limpa

Curativo: Sem () Não

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto: Limpo

DIURNO: Presente () Ausente

Local: Abdomen

Aspecto:

CONTROLES							ASSINATURA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM						
DATA	HORA	T	P	R	TA	HGT	INFUSÃO	DIETA BNG	VÁMITOS	EVACUAÇÕES	DRENAGEM	ASSINAR DE FORMA LEGÍVEL AO LADO DO REGISTRO DOS CONTROLES REALIZADOS NAS 24 HORAS.	
28/09	22	36.2	65	78	104/56	-	-	-	-	+	+	-	Ingrid Caroline COREN-PE 011918747E
29/09	06	35.5	72	18	100/72	-	-	-	-	+	+	-	
29/09	11 ⁰⁰	36.0	81	17	104/60	-	-	-	-	-	-	-	
29/09	19 ⁰⁰	36.0	76	18	90/70	-	-	-	-	-	-	-	
29/09	22 ³⁶	36	78	18	100/70	-	-	-	-	-	-	-	
30/09	06 ³⁶	36	72	18	100	-	-	-	-	-	-	-	
30/09	13 ³⁵	36.5	72	18	100/70	-	-	-	-	-	-	-	
30/09	17	36.5	74	18	100	-	-	-	-	-	-	-	
30/09	22	36.7	79	18	100/70	-	-	-	-	+	-	-	
30/09	6	36.69	18	10	100/60	-	-	-	-	+	-	-	
30/09	13	36.1	68	17	100/60	-	-	-	-	-	-	-	
	17:30	18	18	100/60	-	-	-	-	-	-	-	-	Ketrie Reg. M. de S. Rodrigues COREN-PE 0157758-TE

BALANÇO HÍDRICO-DIURNO:

DATA: _____ HORA: _____
 ENTRADA: _____
 SAÍDA: _____
 TOTAL: _____

BALANÇO HÍDRICO-NOTURNO:

DATA: _____ HORA: _____
 ENTRADA: _____
 SAÍDA: _____
 TOTAL: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASL-0399957/19
 bianca.vieira
 30/09/2020 17:37:30

ASL-0399957/19
 bianca.vieira
 30/09/2020 17:37:30

ASL-0399957/19
 bianca.vieira
 30/09/2020 17:37:30

ASL-0399957/19
 bianca.vieira
 30/09/2020 17:37:30

ASL-0399957/19
 bianca.vieira
 30/09/2020 17:30
 RESOLUÇÃO COFEN N° 358/ 2009

Nome: Chicago Gabriel Barbosa SANE 118083-00 LEITO 101-2 DATA 30/09/2020

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
 CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
 COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
 CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA
 SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
 DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN N° 358/ 2009

DATA	HORA	T	P	R	TA	HGT	CONTROLES				ASSINATURA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM
							INFUSÃO	DETA SNG	VOMITOS	EVACUAÇÕES	
25/09	11:00	34	74	18	120x80	-	-	-	-	-	Maura Moisés M. Ribeiro COREN-PE 539.213-TE
26/09	22:37	79	18	118	-	-	-	-	-	-	Welltema Jardine COREN-PE 539.213-TE
26/09	06:36	42	19	350x70	-	-	-	-	-	-	Sueli Alves da Silva COREN-PE 539.213-TE
26/09	12:34	89	18	110x70	-	-	VO	-	-	-	Joana L. Bispo COREN-PE 214.107-TE
26/09	18:36	88	18	120x80	-	-	VS	-	-	-	Welltema Jardine COREN-PE 539.213-TE
26/09/2020	23:56	95	18	140x80	-	-	VO	-	-	-	Telma Cristina Silva COREN-PE 001.182.545-TE
26/09	06:26	64	17	110x70	-	-	W	-	-	-	KOTELICE Kordine COREN-PE 680.195-TE
26/09	10:36	65	18	110x70	-	-	W	-	-	-	Welltema Jardine COREN-PE 539.213-TE
26/09	17:36	61	36	120x70	-	-	W	-	-	-	Welltema Jardine COREN-PE 539.213-TE
27/09	22:36	75	18	120x70	-	-	W	-	-	-	Welltema Jardine COREN-PE 539.213-TE
28/09	06:36	43	18	130x70	-	-	W	-	-	-	Welltema Jardine COREN-PE 539.213-TE
28/09	11:36	90	18	120x80	-	-	W	-	-	-	Welltema Jardine COREN-PE 539.213-TE
28/09	17:36	72	18	110x80	-	-	W	-	-	-	Welltema Jardine COREN-PE 539.213-TE
BALANÇO HÍDRICO DIURNO							BALANÇO HÍDRICO NOTURNO				
DATA:	HORA:						DATA:	HORA:			
ENTRADA:							ENTRADA:				
SAIDA:							SAIDA:				
TOTAL:							TOTAL:				

CMH - PMPE
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº

1º Via - Prescrição
2º Via - Fazenda

Paciente: Fábio Celso P. da Cunha Sexo: M F. Data/nome: 1/1/19 SAME: 21 8083-90
Salão de Internação: _____ Enfermaria: 404 Leito: 2 Apartamento: _____

TIT:

DEP:

DATA: 1/1/19 Autorizado aacompanhar

dia 22/1/19

dia 23/1/19

dia 24/1/19

dia 25/1/19

dia 26/09/19

dia 27/09/19

dia 28/09/19

dia 29/09/19

dia 30/09/19

dia 31/09/19

dia 01/10/19

dia 02/10/19

dia 03/10/19

dia 04/10/19

dia 05/10/19

dia 06/10/19

dia 07/10/19

dia 08/10/19

dia 09/10/19

dia 10/10/19

dia 11/10/19

dia 12/10/19

dia 13/10/19

dia 14/10/19

dia 15/10/19

dia 16/10/19

dia 17/10/19

dia 18/10/19

dia 19/10/19

dia 20/10/19

dia 21/10/19

dia 22/10/19

dia 23/10/19

dia 24/10/19

dia 25/10/19

dia 26/10/19

dia 27/10/19

dia 28/10/19

dia 29/10/19

dia 30/10/19

dia 31/10/19

dia 01/11/19

dia 02/11/19

dia 03/11/19

dia 04/11/19

dia 05/11/19

dia 06/11/19

dia 07/11/19

dia 08/11/19

dia 09/11/19

dia 10/11/19

dia 11/11/19

dia 12/11/19

dia 13/11/19

dia 14/11/19

dia 15/11/19

dia 16/11/19

dia 17/11/19

dia 18/11/19

dia 19/11/19

dia 20/11/19

dia 21/11/19

dia 22/11/19

dia 23/11/19

dia 24/11/19

dia 25/11/19

dia 26/11/19

dia 27/11/19

dia 28/11/19

dia 29/11/19

dia 30/11/19

dia 01/12/19

dia 02/12/19

dia 03/12/19

dia 04/12/19

dia 05/12/19

dia 06/12/19

dia 07/12/19

dia 08/12/19

dia 09/12/19

dia 10/12/19

dia 11/12/19

dia 12/12/19

dia 13/12/19

dia 14/12/19

dia 15/12/19

dia 16/12/19

dia 17/12/19

dia 18/12/19

dia 19/12/19

dia 20/12/19

dia 21/12/19

dia 22/12/19

dia 23/12/19

dia 24/12/19

dia 25/12/19

dia 26/12/19

dia 27/12/19

dia 28/12/19

dia 29/12/19

dia 30/12/19

dia 31/12/19

dia 01/01/20

dia 02/01/20

dia 03/01/20

dia 04/01/20

dia 05/01/20

dia 06/01/20

dia 07/01/20

dia 08/01/20

dia 09/01/20

dia 10/01/20

dia 11/01/20

dia 12/01/20

dia 13/01/20

dia 14/01/20

dia 15/01/20

dia 16/01/20

dia 17/01/20

dia 18/01/20

dia 19/01/20

dia 20/01/20

dia 21/01/20

dia 22/01/20

dia 23/01/20

dia 24/01/20

dia 25/01/20

dia 26/01/20

dia 27/01/20

dia 28/01/20

dia 29/01/20

dia 30/01/20

dia 31/01/20

dia 01/02/20

dia 02/02/20

dia 03/02/20

dia 04/02/20

dia 05/02/20

dia 06/02/20

dia 07/02/20

dia 08/02/20

dia 09/02/20

dia 10/02/20

dia 11/02/20

dia 12/02/20

dia 13/02/20

dia 14/02/20

dia 15/02/20

dia 16/02/20

dia 17/02/20

dia 18/02/20

dia 19/02/20

dia 20/02/20

dia 21/02/20

dia 22/02/20

dia 23/02/20

dia 24/02/20

dia 25/02/20

dia 26/02/20

dia 27/02/20

dia 28/02/20

dia 29/02/20

dia 30/02/20

dia 01/03/20

dia 02/03/20

dia 03/03/20

dia 04/03/20

dia 05/03/20

dia 06/03/20

dia 07/03/20

dia 08/03/20

dia 09/03/20

dia 10/03/20

dia 11/03/20

dia 12/03/20

dia 13/03/20

dia 14/03/20

dia 15/03/20

dia 16/03/20

dia 17/03/20

dia 18/03/20

dia 19/03/20

dia 20/03/20

dia 21/03/20

dia 22/03/20

dia 23/03/20

dia 24/03/20

dia 25/03/20

dia 26/03/20

dia 27/03/20

dia 28/03/20

dia 29/03/20

dia 30/03/20

dia 31/03/20

dia 01/04/20

dia 02/04/20

dia 03/04/20

dia 04/04/20

dia 05/04/20

dia 06/04/20

dia 07/04/20

dia 08/04/20

dia 09/04/20

dia 10/04/20

dia 11/04/20

dia 12/04/20

dia 13/04/20

dia 14/04/20

dia 15/04/20

dia 16/04/20

dia 17/04/20

dia 18/04/20

dia 19/04/20

dia 20/04/20

dia 21/04/20

dia 22/04/20</

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

NOME DO PACIENTE: **Tiago Galdino**

PLANTÃO:

DIURNO

Data:

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

NOME DO PACIENTE:

PLANTÃO: () DIURNO () NOTURNO

Data:

LEITO: 401-2 SAME: 71 8083-00

Horário: 07:00 h

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
ANOTACÕES DE ENFERMAGEM - SETOR:
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE

09/09/2020

401-2 SAME: 71 8083-00

Estado Geral: () Bom () Precário () Comprometido () Grav.

Nível da Consciência:

() Orientado () Desorientado () Comitoso

() Sedado () Somnolento () Torporoso

() Bradicreps () Estupefaciente () Disponível

() Hipotensivo () Antagonista () Agudizado

() Emocional: () Calmo () Ansioso () Irritável

() Tensão () Despertado () Asfixiado

() Susto () Desorientado () Despreocupado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

() Desesperado () Desesperado () Desesperado

Alergia medicamentosa: () Não () Sim qual?

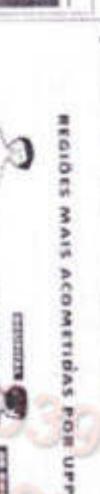
Confirmado do paciente nome completo e número do prontuário:

Sim () Não

() Prontoório e exames conferidos e completo

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

CONFIRMAÇÃO DO PACIENTE



ASPECTOS COLORIMÉTRICOS

SOLUÇÕES

DIETA: () Hora da última refeição: _____

Prescrição da dieta: Zera () Sim () Não. Quant:

Alimentação () V.O. () SNG () SNE () Gastroduodenal

Acetização da dieta: () Boa () Regular () Não aceita

Assessoramento: () Sim () Não

Centro de Nutrição: () Sim () Não

SECRETA DE DEFESA SOCIAL

CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

Assinatura do Técnico de Enfermagem: nº CÓDIGO E CAMINHO

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM - SETOR:

ASINATURA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - Nº CÓDIGO E CAMINHO

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

PÓLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO

NOME DO PACIENTE:

J. G. S. O

PLANTÃO: () DIURNO

() NOTURNO

Data: 24/09/2013

Horário: 19:00 h

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM

Gregus

SAME: 718083-00

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SETOR

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE

LEITO: 405-a

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Confirmado do paciente nome completo e número do
prontuário) () Sim () Não

() Prontuário e exames conferidos e completo

() Exames eletrofisiológicos

Local:

Data:

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SETOR:

NOME DO PACIENTE: **TIA LÓ ENBAIL BARROSA** LEITO: **4A-2**

PLANTÃO: **NOITE**

(**) NOTURNO**

Hora: **07:00 h** SAME: **718083/00**

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Confirmação do paciente (nome completo e número do prontuário)

R) Sim (**) Não**

(**✓**) Prontuário e exames confundidos e comprovado

Horário: **07:00 h**

Estado Geral: **1) Bom** (**) Regular** (**) Comprometido** (**) Crítico**

Nível de Consciência:

✓) Orientado (**) Desorientado**

✓) Físico (**) Psíquico**

✓) Comunicativo (**) Depressivo**

✓) Ansioso

✓) Adocicado

✓) Depressivo


SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PRESIDENTE
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SETOR:

Geschenk

NOME DO PACIENTE: **Lucas Colmeiro Barbosa da Silva**

卷之三

SAME: 11804

四〇〇

PLANNING / 11

RESUMO DO MUNDO: MUNICÍPIO
NOTURNO Data: 25/05/05 hora: 17:45

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CMH - PMPE
PRESCRIÇÃO MÉDICA
Nº 30

19 - 100 - PROBLEMAS

Paciente: Phago Gabriel B. de Souza Data Início: 1/1/2017
Gabinete: 100

Sezione di Matematica

卷之三

Peceria Flávio Gobbi B. da F. Sexo: M Data Início:

SAME. — Register

— 1 —

DATA 04/10/19

Autorizado acompanhante

DIAOG 10/19

DIA-
I-I

MEDICAMENTOS SIGUÍDADOS

HORARIO

HORARIO

3) Beta stat
4) Inflammation
5) Disease or anti-AD or glaucoma
6) Povidone iodine + Ringer lactate
7) Update apical teeth
8) Tylenol 325 mg or oral ibuprofen
9) Glucocorticoids
10) Acetaminophen
11) Acetaminophen
12) Acetaminophen

		SNL
		monton
		1058.406
		23
		18240
		5N
		Rolina
		5N
	06	
		Ciente
0		

PL-0399957/19
VIANCA VIEIRA
12020 17:37:30
ASL
9
30/09/2018

ABERTURA DO MÉDICO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM

CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN N° 368/2006

NOME: Thiago Gabriel Barbosa

SAME: 718083-00 LEITO:

DATA: 27/09/15

<input checked="" type="checkbox"/> Risco/Ansiedade relacionado à: <input checked="" type="checkbox"/> Medo do desconhecido <input checked="" type="checkbox"/> Déficit de conhecimento <input checked="" type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorar o estado emocional do indivíduo; <input checked="" type="checkbox"/> Conversar usando abordagem calma e segura, estabelecendo uma relação de confiança com o paciente e familiares e estimular a comunicação do sentimento; <input checked="" type="checkbox"/> Explicar procedimentos antes de realizá-los; <input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Risco/Padrão respiratório Ineficaz () Risco /Troca de gases prejudicada Relacionado à: <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade <input checked="" type="checkbox"/> Secreção <input checked="" type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das vias aéreas () Perfusion tissue prejudicada () Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Elevar decúbito à: () 30° () 60° () 90° <input checked="" type="checkbox"/> Observar, registrar e comunicar sinais de desconforto respiratório (tosse, alteração de saturação, dispneia, bradipneia, BAN, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Instalar () Cateter nasal 1l/min () Máscara facial () Venturi a ____% <input checked="" type="checkbox"/> Registrar evolução do padrão respiratório <input checked="" type="checkbox"/> Aspirar e anotar o aspecto das secreções traqueobrônquicas ____ / ____ h e s/n <input checked="" type="checkbox"/> Manter oximetria de pulso e realizar rodízio de sensores ____ / ____ h <input checked="" type="checkbox"/> Realizar gasometria conforme prescrição <input checked="" type="checkbox"/> Trocar sistema de aspiração em ____ / ____ h <input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Risco para Aspiração Relacionada à: () Alimentação por sondas () Presença de traqueostomia ou tubo endotraqueal () Deglutição prejudicada () Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar nível de consciência; <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar deglutição prejudicada; <input checked="" type="checkbox"/> Manter decúbito elevado durante administração da dieta e até 30' após; <input checked="" type="checkbox"/> Manter kit de aspiração montado; <input checked="" type="checkbox"/> Instalar dieta testando posicionamento da SNG/SNE; <input checked="" type="checkbox"/> Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Risco Nutrição Alterada: Para mais () Para menos () Relacionada à: <input checked="" type="checkbox"/> Incapacidade de ingerir <input checked="" type="checkbox"/> Incapacidade para absorver/digerir nutrientes <input checked="" type="checkbox"/> Dificuldade na adesão à dieta () Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a se alimentar e monitorar a ingestão; <input checked="" type="checkbox"/> Solicitar a avaliação do Serviço de Nutrição; <input checked="" type="checkbox"/> Identificar problemas relacionados com a alimentação; <input checked="" type="checkbox"/> Orientar sobre a importância da dieta alimentar para a recuperação do paciente; <input checked="" type="checkbox"/> Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Pesar diariamente o paciente em jejum; <input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Excesso de Volume de Lídos Relacionados à: () Disfunção renal () Alterações cardiovasculares () Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Alertar para os sinais de congestão pulmonar (crepitação, dispneia, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Controle rigoroso das infusões; <input checked="" type="checkbox"/> Verificar os débitos, frequência e aspecto das eliminações; <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar os níveis de ionograma, uréia, creatinina, hemograma, albumina, etc. <input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Risco/ déficit de líquidos Relacionado à: () Ingesta alterada () Purga de líquidos (pele, pulmão) () Sangramentos () Drenagens () Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Atentar para os sinais de desidratação (hipotensão, taquicardia) <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar SSVV <input checked="" type="checkbox"/> Controlar a hidratação oral/venosa <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar e registrar débitos, frequência e aspecto das eliminações <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar os níveis de Ht E Hb/ionograma/Uréia e creatinina <input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Risco para Infecção () Risco para Transmissão de Infecção relacionada à: <input checked="" type="checkbox"/> Infecção <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input checked="" type="checkbox"/> Imunossupressão <input checked="" type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Higienização das mãos antes e depois do contato com o paciente; <input checked="" type="checkbox"/> Observar e anotar alterações de SSVV; <input checked="" type="checkbox"/> Verificar presença de sinais flogísticos; <input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca diária de curativo utilizando técnica asséptica <input checked="" type="checkbox"/> Trocar de equipos e toalhinhas em <u>24/24</u> <input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso periférico em <u>30/30</u> <input checked="" type="checkbox"/> Realizar limpeza concorrente no leito e equipamentos; <input checked="" type="checkbox"/> Utilizar EPI <input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Risco/dor relacionado à: <input checked="" type="checkbox"/> Patologia de base <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input checked="" type="checkbox"/> Agentes lesivos químicos e físicos <input checked="" type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar e registrar os sinais, evolução e duração da dor; <input checked="" type="checkbox"/> Administrar analgésicos prescritos; <input checked="" type="checkbox"/> Utilizar métodos alternativos, como mudança de posição antalgica <input checked="" type="checkbox"/> Outros:

KOTESEKUKU
Erica Araujo
2111140

<input checked="" type="checkbox"/> Risco para trauma/queda	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Avaliar estado de consciência e observar alterações de comportamento <input checked="" type="checkbox"/> Observar e avaliar mobilidade física <input checked="" type="checkbox"/> Orientar os movimentos de acordo com a limitação e auxiliar a mobilização <input checked="" type="checkbox"/> Manter grades de proteção do leito elevadas <input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar durante as necessidades básicas (higiene corporal e oral) e durante deambulação. 	
<input checked="" type="checkbox"/> Déficit no auto-cuidado Relacionado à:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Higiene <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade <input type="checkbox"/> Complicações clínicas e/ ou cirúrgicas <input type="checkbox"/> Alimentação <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Outros: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ayudar na demobilização e nas atividades; <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar diariamente sinais de complicações da imobilidade <input type="checkbox"/> Orientar a acompanhante a estimular a deambulação, <input type="checkbox"/> Realizar/ auxiliar/ supervisionar higiene oral e corporal no leito quando necessário <input type="checkbox"/> Auxiliar durante as refeições <input type="checkbox"/> Registrar condições da pele durante o banho <input checked="" type="checkbox"/> Estimular a participação de familiares e promover meios para o auto-cuidado <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de _____ h <input checked="" type="checkbox"/> Outros: 	
<input type="checkbox"/> Risco/Padrão de eliminação urinária alterado relacionado à:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Volemia <input type="checkbox"/> Obstrução anatômica <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Obstrução anatômica <input type="checkbox"/> Disfunção sensorial ou neuromuscular <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitorar a frequência e débito urinário <input type="checkbox"/> Realizar o procedimento de esvaziamento vesical prescrito com técnicas miccionais ou cateterismo intermitente <input type="checkbox"/> Avaliar presença de globo vesical e dor <input type="checkbox"/> Medir débito urinário de _____ horas e registrar características <input type="checkbox"/> Outros: 	
<input type="checkbox"/> Risco/ Constipação <input type="checkbox"/> Risco/ Diarréia <input type="checkbox"/> Risco/ Nutrição alterada:ingesta menor que as necessidades corporais Relacionado à:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Imobilidade <input type="checkbox"/> Lesão neurológica <input type="checkbox"/> Processos infeciosos <input type="checkbox"/> Causas inespecíficas <input type="checkbox"/> Obstrução pós-operatória <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Outros: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Registrar características e frequência das evacuações; <input type="checkbox"/> Instalar SNG. Manter aberta se necessário <input type="checkbox"/> Incentivar a ingesta hídrica <input type="checkbox"/> Manter dieta zero <input type="checkbox"/> Orientar higiene corporal e se necessário realizar banho no leito <input type="checkbox"/> Controlar rigorosamente o gotejamento das infusões <input type="checkbox"/> Acionar a nutricionista para adequar a dieta <input type="checkbox"/> Outros: 	
<input type="checkbox"/> Risco de integridade tissular prejudicada relacionada à:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Déficit nutricional <input checked="" type="checkbox"/> Excesso/Déficit de volume de líquido <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Fatores mecânicos <input type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Outros: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mudar decúbito de 3 em 3 horas e realizar massagem de conforto. <input type="checkbox"/> Realizar curativo _____ vezes ao dia utilizando: _____ <input type="checkbox"/> Registrar aspecto da lesão <input type="checkbox"/> Realizar troca de acesso venoso periférico a cada _____ h <input type="checkbox"/> Manter lençóis limpos, secos e esticados <input type="checkbox"/> Avaliar o grau de risco com individualização da assistência, para prevenção da úlcera por pressão <input type="checkbox"/> Identificar os fatores de risco e direcionar o tratamento preventivo, modificando os cuidados conforme os fatores individuais <input type="checkbox"/> Manter e melhorar a tolerância tecidual à pressão, a fim de prevenir a lesão <input type="checkbox"/> Proteger saliências ósseas, principalmente calcâneas, com rolos e travessas ro <input type="checkbox"/> Avaliar e realizar o curativo da ferida registrando no prontuário conforme rotina da Comissão de Prevenção e Tratamento da Ferida (CPTF) <input type="checkbox"/> Outros: 	
<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade no leito prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ayudar na demobilização e nas atividades <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar diariamente sinais de complicações da imobilidade <input type="checkbox"/> Orientar a acompanhante a estimular a deambulação <input type="checkbox"/> Realizar banho no leito se necessário <input checked="" type="checkbox"/> Outros: 	
<input checked="" type="checkbox"/> Potencial para temperatura corporal relacionada à:	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Verificar a temperatura a cada _____ h <input type="checkbox"/> Realizar meios físicos de _____ h <input type="checkbox"/> Eliminar possíveis fatores de riscos <input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicamento conforme prescrição médica <input type="checkbox"/> Aquecer o paciente <input checked="" type="checkbox"/> Outros: 	
<input type="checkbox"/> Pesar relacionado a laços familiares interrompidos evidenciados por relato verbal de sofrimento	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ofertar apoio emocional <input type="checkbox"/> Orientar a família quanto suporte emocional à paciente <input type="checkbox"/> Outros: 	
ENFERMEIRO: <i>Leda Calado</i>		<p style="text-align: right;">Leda Calado Enfermeira COREN: 476.260</p>

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA
SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN N° 368/2020

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
SANE 718083-00 LEITO - 401102

(x) Risco/Ansiedade relacionado à: () Medo do desconhecido () Déficit de conhecimento (x) Outros:	(x) Monitorar o estado emocional do indivíduo; (x) Conversar usando abordagem calma e segura, estabelecendo uma relação de confiança com o paciente e familiares e estimular a comunicação do sentimento; (x) Explicar procedimentos antes de realizá-los; () Outros:
() Risco/Padrão respiratório ineficaz () Risco /Troca de gases prejudicada Relacionado à: () Dor () Ansiedade () Secreção () Desobstrução ineficaz das vias áreas () Perfusion tissular prejudicada () Outros:	() Elevar decúbito à: () 30° () 60° () 90° () Observar, registrar e comunicar sinais de desconforto respiratório/tosse, alteração de saturação, dispneia, bradipneia, BAN, etc.) () Instalar () Cateter nasal ____ l/min () Máscara facial () Venturi a ____ % () Registrar evolução do padrão respiratório () Aspirar e anotar o aspecto das secreções traqueobrônquicas _____ h e s/n () Manter oximetria de pulso e realizar rotina de sensores _____ h () Realizar gasometria conforme prescrição () Trocar sistema de aspiração em _____ h () Outros:
() Risco para Aspiração Relacionada à: () Alimentação por sondas () Presença de traqueostomia ou tubo endotraqueal () Deglutição prejudicada () Outros:	() Avaliar nível de consciência () Avaliar deglutição prejudicada; () Manter decúbito elevado durante administração da dieta e até 30° após; () Manter kit de aspiração montado; () Instalar dieta testando posicionamento da SNG /SNE; () Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente () Outros:
() Nutrição Alterada: Para mais () Para menos () Relacionada à: () Incapacidade de ingerir () Incapacidade para absorver/digerir nutrientes () Dificuldade na adesão à dieta () Outros:	() Auxiliar o paciente a se alimentar e monitorar a ingestão; () Solicitar a avaliação do Serviço de Nutrição; () Identificar problemas relacionados com a alimentação; () Orientar sobre a importância da dieta alimentar para a recuperação do usuário de saúde; () Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente () Pesar diariamente o paciente nm jejum; () Outros:
() Risco de Excesso do Volume de líquidos Relacionado à: () Disfunção renal () Alterações cardiovasculares () Outros:	() Atentar para os sinais de congestão pulmonar (crepitacão, dispneia,etc.) () Controle rigoroso das infusões () Verificar os débitos ,frequência e aspecto das eliminações; () Monitorar os níveis de ionograma ,uréia , creatinina,hemograma, albumina,etc, () Outros:
() Risco/ déficit de líquidos Relacionado à: () Ingesta alterada () Perda de líquidos (pele, pulmão) () Sangramentos () Drenagens () Outros:	() Atentar para os sinais de desidratação (hipotensão, taquicardia); () Monitorar SSV () Controlar a hidratação oral/venosa () Monitorar e registrar débitos, frequência e aspecto das eliminações () Monitorar os níveis de Ht E Hb/ionograma/Uréia e creatinina () Outros:
(x) Risco para Infecção (x) Risco para Transmissão de infecção relacionado à: () Infecção (x) Trauma (x) Procedimentos invasivos () Imunossupressão () Outros:	(x) Higienização das mãos antes e depois do contato com o paciente; (x) Observar e anotar alterações de SCCV; (x) Verificar presença de sinais flogísticos; () Realizar troca diária de curativo utilizando técnica asséptica () Trocar de equipos e toalhinhas em _____ () Trocar acesso periférico em _____ (x) Realizar limpeza concorrente no leito e equipamentos; (x) Utilizar EPI () Outros:
(x) Risco/dor relacionado à: (x) Patologia de base () Procedimentos invasivos () Agentes lesivos, químicos e físicos () Outros:	(x) Avaliar e registrar os sinais, evolução e duração da dor; (x) Administrar analgésicos presentes; (x) Utilizar métodos alternativos, como mudança de posição analgésica () Outros:

<input type="checkbox"/> Risco para trauma/queda	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Avaliar estado de consciência e observar alterações de comportamento <input type="checkbox"/> Observar e avaliar mobilidade física <input type="checkbox"/> Orientar os movimentos de acordo com a limitação e auxiliar a mobilização <input type="checkbox"/> Manter grades de proteção do leito elevadas <input type="checkbox"/> Auxiliar durante as necessidades básicas (higiene corporal e oral) e durante deambulação. 	
<input type="checkbox"/> Déficit no auto-cuidado Relacionado à: <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Mobilidade <input checked="" type="checkbox"/> Complicações clínicas e/ou cirúrgicas <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Outros:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ayudar na demobilização e nas atividades; <input type="checkbox"/> Monitorar diariamente sinais de complicações da imobilidade <input type="checkbox"/> Orientar a acompanhante a estimular a desambulação; <input type="checkbox"/> Realizar/ auxiliar/ supervisionar higiene oral e corporal no leito quando necessário <input type="checkbox"/> Auxiliar durante as refeições <input type="checkbox"/> Registrar condições da pele durante o banho <input type="checkbox"/> Estimular a participação de familiares e promover meios para o auto-cuidado <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ____/____h <input type="checkbox"/> Outros: 	
<input type="checkbox"/> Risco/Padrão de eliminação urinária alterado relacionado à: <input type="checkbox"/> Volemia <input type="checkbox"/> Obstução anatômica <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Obstução anatômica <input type="checkbox"/> Disfunção sensorial ou neuromuscular	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitorar a frequência e débito urinário <input type="checkbox"/> Realizar o procedimento de esvaziamento vesical prescrito com técnicas miccionais ou cateterismo intermitente <input type="checkbox"/> Avaliar presença de globo vesical e dor <input type="checkbox"/> Medir débito urinário de _____ horas e registrar características <input type="checkbox"/> Outros: 	
<input type="checkbox"/> Risco/ Constipação <input type="checkbox"/> Risco /Diarréia <input type="checkbox"/> Risco/ Nutrição alterada:ingesta menor que as necessidades corporais Relacionado à: <input type="checkbox"/> Imobilidade <input type="checkbox"/> Lesão neurológica <input type="checkbox"/> Processos Infecciosos <input type="checkbox"/> Causas inespecíficas <input type="checkbox"/> Obstrução pós-operatória <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Outros:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Registrar características e frequência das evacuações; <input type="checkbox"/> Instalar SNG. Manter aberta se necessário <input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão hidrica <input type="checkbox"/> Manter dieta zero <input type="checkbox"/> Orientar higiene corporal e se necessário realizar banho no leito <input type="checkbox"/> Controlar rigorosamente o gotejamento das infusões. <input type="checkbox"/> Acionar a nutricionista para adequar a dieta <input type="checkbox"/> Outros: 	
<input type="checkbox"/> Risco de integridade tissue prejudicada relacionada à: <input type="checkbox"/> Déficit nutricional <input type="checkbox"/> Excesso/Déficit de volume de líquido <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Fatores mecânicos <input type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Outros:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mudar decúbito de 3 em 3 horas e realizar massagem de conforto <input type="checkbox"/> Realizar curativo _____ vezes ao dia utilizando: _____ <input type="checkbox"/> Registrar aspecto da lesão <input type="checkbox"/> Realizar troca de acesso venoso periférico a cada _____ h <input type="checkbox"/> Manter lençóis limpos, secos e esticados <input type="checkbox"/> Avaliar o grau de risco com individualização da assistência, para prevenção da úlcera por pressão <input type="checkbox"/> Identificar os fatores de risco e direcionar o tratamento preventivo, modificando os cuidados conforme os fatores individuais <input type="checkbox"/> Manter e melhorar a tolerância tecidual à pressão, a fim de prevenir a lesão <input type="checkbox"/> Proteger salinidades ósseas, principalmente calcâneas, com rolos e travesseiros <input type="checkbox"/> Avaliar e realizar o curativo da ferida registrando no prontuário conforme rotina da Comissão de Prevenção e Tratamento da Ferida (CPTF) <input type="checkbox"/> Outros: 	
<input type="checkbox"/> Mobilidade no leito prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ayudar na demobilização e nas atividades <input type="checkbox"/> Monitorar diariamente sinais de complicações da imobilidade <input type="checkbox"/> Orientar a acompanhante a estimular a desambulação <input type="checkbox"/> Realizar banho no leito se necessário <input type="checkbox"/> Outros: 	
(x) Ponto de referência para temperatura corporal relacionada à: (x) Hipertermia (x) Hipotermia	<ul style="list-style-type: none"> (x) Verificar a temperatura a cada _____ h (x) Realizar meios físicos de _____ h (x) Eliminar possíveis fatores de riscos (x) Administrar medicamento conforme prescrição médica (x) Aquecer o paciente (x) Outros: 	11/11/2020 17:37:30
<input type="checkbox"/> Pesar relacionado a laços familiares interrompidos evidenciados por relato verbal de sofrimento	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ofertar apoio emocional <input type="checkbox"/> Orientar a família quanto suporte emocional à paciente <input type="checkbox"/> Outros: 	ASL-039995719
ENFERMEIRO:	COREN:	11/11/2020 17:37:30

ASL-0399957/19
30/09/2020 17:30
30/09/2020 17:30

NOME: Thiago Gabriel B. M. Pereira SAMU 71808300 LEITO: 401-02

CEQUAR

DATA: 30/09/19

HORÁRIOS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco/Ansiedade relacionado à:</p> <p>() Medo do desconhecido</p> <p>(✓) Difícil de conhecimento</p> <p>(✓) Outros:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Monitorar o estado emocional do indivíduo.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Conversar usando abordagem calma e segura, estabelecendo uma relação de confiança com o paciente e familiares e estimular a comunicação dos sentimentos.</p> <p>(✓) Explicar procedimentos antes de realizá-los.</p> <p>(✓) Outros:</p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco/Padrão respiratório ineficaz</p> <p>() Risco/Troca de gases prejudicada</p> <p>Relacionado à:</p> <p>(✓) Dor</p> <p>() Ansiedade</p> <p>() Secreção</p> <p>() Desobstrução ineficaz das vias aéreas</p> <p>() Perfusion tissular prejudicada</p> <p>(✓) Outros:</p>	<p>() Elevar decúbito à () 30° () 60° () 90°</p> <p>() Observar, registrar e comunicar sinais de desconforto respiratório (tosse, alteração de saturação, dispneia, bradipneia, BAN, etc.)</p> <p>() Instalar: () Cateter nasal _____ l/min () Máscara facial () Venturi a ____%</p> <p>(✓) Registrar evolução do padrão respiratório</p> <p>() Aspirar e anotar o aspecto das secreções traqueobrônquicas ____ h e s/n</p> <p>() Manter oximetria de pulso e exibir rodízio de sensores ____ h</p> <p>() Realizar gasometria conforme prescrição</p> <p>() Trocar sistema de aspiração em ____ h</p> <p>(✓) Outros:</p>	
<p>() Risco para Aspiração</p> <p>Relacionada à:</p> <p>() Alimentação por sondas</p> <p>() Presença de traqueostomia ou tubo endotraqueal</p> <p>() Deglutição prejudicada</p> <p>() Outros:</p>	<p>() Avaliar nível de consciência</p> <p>() Avaliar deglutição prejudicada</p> <p>() Manter decúbito elevado durante administração da dieta e até 30° após</p> <p>() Manter kit de aspiração montado</p> <p>() Instalar dieta testando posicionamento da SNG /SNE</p> <p>() Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente</p> <p>() Outros:</p>	
<p>() Nutrição Alterada:</p> <p>Para mais () Para menos ()</p> <p>Relacionada à:</p> <p>() Incapacidade de ingerir</p> <p>() Incapacidade para absorver/digir nutrientes</p> <p>() Dificuldade na adesão à dieta</p> <p>() Outros:</p>	<p>() Auxiliar o paciente a se alimentar e monitorar a ingestão</p> <p>() Solicitar a avaliação do Serviço de Nutrição</p> <p>() Identificar problemas relacionados com a alimentação</p> <p>() Orientar sobre a importância da dieta alimentar para a recuperação do estado de saúde</p> <p>() Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente</p> <p>() Pesar diariamente o paciente em jejum</p> <p>() Outros:</p>	
<p>() Risco de Excesso do Volume de líquidos</p> <p>Relacionados à:</p> <p>() Disfunção renal</p> <p>() Alterações cardiovasculares</p> <p>() Outros:</p>	<p>() Atentar para os sinais de congestão pulmonar (crepitação, dispneia, etc)</p> <p>() Controle rigoroso das infusões</p> <p>() Verificar os débitos, frequência e aspecto das eliminações</p> <p>() Monitorar os níveis de ionograma, uréia, creatinina, hemograma, albumina, etc,</p> <p>() Outros:</p>	
<p>() Risco/ déficit de líquidos</p> <p>Relacionado à:</p> <p>() Ingesta alterada</p> <p>() Perda de líquidos (pele, pulmão)</p> <p>() Sangramentos</p> <p>() Drenagens</p> <p>() Outros:</p>	<p>() Atentar para os sinais de desidratação (hipotensão, taquicardia).</p> <p>() Monitorar SSVV</p> <p>() Controlar a hidratação oral/venosa</p> <p>() Monitorar e registrar débitos, frequência e aspecto das eliminações</p> <p>() Monitorar os níveis de Ht E Hb/tonograma/Uréia e creatinina</p> <p>() Outros:</p>	
<p>(✓) Risco para Infecção</p> <p>() Risco para Transmissão de Infecção relacionada à:</p> <p>() Infecção</p> <p>(✓) Trauma</p> <p>(✓) Procedimentos invasivos</p> <p>() Imunossupressão</p> <p>(✓) Outros:</p>	<p>(✓) Higienização das mãos antes e depois do contato com o paciente</p> <p>(✓) Observar e anotar alterações de SSVV</p> <p>(✓) Verificar presença de sintomas flogísticos</p> <p>(✓) Realizar troca diária de curativo utilizando técnica asséptica</p> <p>(✓) Trocar de equipos e toalhinhas em 24/74</p> <p>(✓) Focar acesso periférico em 96/96</p> <p>() Realizar limpeza concorrente no leito e equipamentos</p> <p>() Utilizar EPI</p> <p>(✓) Outros:</p>	
<p>(✓) Risco/dor relacionado à:</p> <p>(✓) Patologia de base</p> <p>() Procedimentos invasivos</p> <p>() Agentes lesivos, químicos e físicos</p> <p>() Outros:</p>	<p>(✓) Avaliar e registrar os sinais, evolução e duração da dor</p> <p>(✓) Administrar analgésicos prescritos</p> <p>(✓) Utilizar métodos alternativos, como mudança de posição antalgica</p> <p>(✓) Outros:</p>	

<input checked="" type="checkbox"/> Risco para trauma/queda	<ul style="list-style-type: none"> () Avaliar estado de consciência e observar alterações de comportamento (<input checked="" type="checkbox"/>) Observar e avaliar mobilidade física (<input checked="" type="checkbox"/>) Orientar os movimentos de acordo com a limitação e auxiliar a mobilização () Manter grades de proteção do leito elevadas (<input checked="" type="checkbox"/>) Auxiliar durante as necessidades básicas (higiene corporal e oral) e durante deambulação.
<input checked="" type="checkbox"/> Déficit no auto-cuidado Relacionado à: () Higiene (<input checked="" type="checkbox"/>) Mobilidade () Complicações clínicas e/ ou cirúrgicas () Alimentação. (<input checked="" type="checkbox"/>) Dor () Outros:	<ul style="list-style-type: none"> () Ajudar na demobilização e nas atividades. (<input checked="" type="checkbox"/>) Monitorar diariamente sinais de complicações da imobilidade () Orientar a acompanhante a estimular a deambulação; () Realizar/ auxiliar/ supervisionar higiene oral e corporal no leito quando necessário () Auxiliar durante as refeições () Registrar condições da pele durante o banho (<input checked="" type="checkbox"/>) Estimular a participação de familiares e promover meios para o auto-cuidado () Realizar mudança de decúbito de _____/_____ h (<input checked="" type="checkbox"/>) Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Risco/Padrão de eliminação urinária alterado relacionado à: () Volemia () Obstrução anatômica () Infecção () Obstrução anatômica () Disfunção sensorial ou neuromuscular	<ul style="list-style-type: none"> () Monitorar a frequência e débito urinário () Realizar o procedimento de esvaziamento vesical prescrito com técnicas miccionais ou cateterismo intermitente () Avaliar presença de globo vesical e dor () Medir débito urinário de _____ horas e registrar características () Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Risco/ Constipação () Risco /Diarréia <input checked="" type="checkbox"/> Risco/ Nutrição alterada:ingesta menor que as necessidades corporais Relacionado à: () Imobilidade () Lesão neurológica () Processos infeciosos () Causas inespecíficas () Obstrução pós-operatória () Dieta () Outros:	<ul style="list-style-type: none"> () Registrar características e frequência das evacuações; () Instalar SNG. Manter aberta se necessário () Incentivar a ingestão hídrica () Manter dieta zero () Orientar higiene corporal e se necessário realizar banho no leito () Controlar rigorosamente o gotejamento das infusões () Acionar a nutricionista para adequar a dieta () Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de integridade tissular prejudicada relacionada à: () Déficit nutricional () Excesso/Déficit de volume de líquido <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada () Fatores mecânicos () Procedimentos invasivos () Outros:	<ul style="list-style-type: none"> () Mudar decúbito de 3 em 3 horas e realizar massagem de conforto () Realizar curativo _____ vezes ao dia utilizando: () Registrar aspecto da lesão () Realizar troca de acesso venoso periférico a cada _____ h () Manter lençóis limpos, secos e esticados () Avaliar o grau de risco com individualização da assistência, para prevenção da úlcera por pressão () Identificar os fatores de risco e direcionar o tratamento preventivo, modificando os cuidados conforme os fatores individuais () Manter e melhorar a tolerância tecidual à pressão, a fim de prevenir a lesão () Proteger salinidades ósseas, principalmente calcâneas, com rolos e travesseiro () Avaliar e realizar o curativo da ferida registrando no prontuário conforme rotina da Comissão de Prevenção e Tratamento da Fenda (CPTF) () Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade no leito prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> () Ajudar na demobilização e nas atividades () Monitorar diariamente sinais de complicações da imobilidade () Orientar a acompanhante a estimular a deambulação () Realizar banho no leito se necessário () Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Potencial para temperatura corporal relacionada à: (<input checked="" type="checkbox"/>) Hipertermia () Hipotermia	<ul style="list-style-type: none"> (<input checked="" type="checkbox"/>) Verificar a temperatura a cada _____ h () Realizar meios físicos de _____ h () Eliminar possíveis fatores de riscos (<input checked="" type="checkbox"/>) Administrar medicamento conforme prescrição médica () Aquecer o paciente (<input checked="" type="checkbox"/>) Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Pesar relacionado a laços familiares interrompidos evidenciados por relato verbal de sofrimento	<ul style="list-style-type: none"> () Ofertar apoio emocional () Orientar a família quanto suporte emocional à paciente () Outros:

ENFERMEIRO:

Leda Calado

Marilena C. Canto
Coren-DF 000.000.000-ENFCOREN:
000.000.000-ENFLeda Calado
Enfermeira
COREN: 476.263

ASL-0399957/19
30/09/2020 17:30
30/09/2020 17:30

NOME: Thiago Gabriel B. M. Vieira LEITO: 401-02

GEQUAR

DATA: 30/09/19

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco/Ansiedade relacionado à:</p> <p>() Medo do desconhecido <input checked="" type="checkbox"/> Déficit de conhecimento <input checked="" type="checkbox"/> Outros:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Monitorar o estado emocional de individuo; <input checked="" type="checkbox"/> Conversar usando abordagem calma e segura, estabelecendo uma relação de confiança com o paciente e familiares e estimular a comunicação dos sentimentos. <input checked="" type="checkbox"/> Explicar procedimentos antes de realizá-los; <input checked="" type="checkbox"/> Outros:</p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco/Padrão respiratório ineficaz</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Risco /Trocada de gases prejudicada</p> <p>Relacionado à:</p> <p>() Dor <input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade <input checked="" type="checkbox"/> Secreção <input checked="" type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das vias aéreas <input checked="" type="checkbox"/> Perfusion tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> Outros:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Elevar decúbito à () 30° () 60° () 90° <input checked="" type="checkbox"/> Observar, registrar e comunicar sinais de desconforto respiratório (tosse, alteração de saturação, dispneia, bradipneia, BAN, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Instalar () Cateter nasal ____ l/min () Máscara facial () Venturi a ____ % <input checked="" type="checkbox"/> Registrar evolução do padrão respiratório <input checked="" type="checkbox"/> Aspirar e anotar o aspecto das secreções traqueobrônquicas ____ / ____ h e s/n <input checked="" type="checkbox"/> Manter oximetria de pulso e realizar rodízio de sensores ____ / ____ h <input checked="" type="checkbox"/> Realizar gasometria conforme prescrição <input checked="" type="checkbox"/> Trocar sistema de aspiração em ____ h <input checked="" type="checkbox"/> Outros:</p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco para Aspiração</p> <p>Relacionada à:</p> <p>() Alimentação por sondas <input checked="" type="checkbox"/> Presença de traqueostomia ou tubo endotraqueal <input checked="" type="checkbox"/> Deglutição prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> Outros:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Avaliar nível de consciência; <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar deglutição prejudicada; <input checked="" type="checkbox"/> Manter decúbito elevado durante administração da dieta e até 30' após; <input checked="" type="checkbox"/> Manter kit de aspiração montado; <input checked="" type="checkbox"/> Instalar dieta testando posicionamento da SNG /SNE; <input checked="" type="checkbox"/> Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Outros:</p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> Nutrição Alterada:</p> <p>Para mais () Para menos ()</p> <p>Relacionada à:</p> <p>() Incapacidade de ingerir <input checked="" type="checkbox"/> Incapacidade para absorver/digir nutrientes <input checked="" type="checkbox"/> Dificuldade na adesão à dieta <input checked="" type="checkbox"/> Outros:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a se alimentar e monitorar a ingestão; <input checked="" type="checkbox"/> Solicitar a avaliação do Serviço de Nutrição; <input checked="" type="checkbox"/> Identificar problemas relacionados com a alimentação; <input checked="" type="checkbox"/> Orientar sobre a importância da dieta alimentar para a recuperação do estado de saúde; <input checked="" type="checkbox"/> Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Pesar diariamente o paciente em jejum; <input checked="" type="checkbox"/> Outros:</p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco de Excesso de Volume de líquidos</p> <p>Relacionados à:</p> <p>() Disfunção renal <input checked="" type="checkbox"/> Alterações cardiovasculares <input checked="" type="checkbox"/> Outros:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Atentar para os sinais de congestão pulmonar (crepitacão, dispneia,etc) <input checked="" type="checkbox"/> Controle rigoroso das infusões <input checked="" type="checkbox"/> Verificar os débitos ,frequência e aspecto das eliminações; <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar os níveis de ionograma ,uréia , creatinina,hemograma, albumina,etc, <input checked="" type="checkbox"/> Outros:</p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco/ déficit de líquidos</p> <p>Relacionado à:</p> <p>() Ingesta alterada <input checked="" type="checkbox"/> Perda de líquidos (pele, pulmão) <input checked="" type="checkbox"/> Sangramentos <input checked="" type="checkbox"/> Drenagens <input checked="" type="checkbox"/> Outros:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Atentar para os sinais de desidratação (hipotensão, taquicardia). <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar SSV <input checked="" type="checkbox"/> Controlar a hidratação oral/venosa <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar e registrar débitos, frequência e aspecto das eliminações; <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar os níveis de Hb,E,Hb/tonograma/Uréia e creatinina <input checked="" type="checkbox"/> Outros:</p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco para Infecção</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Risco para Transmissão de infecção relacionada à:</p> <p>() Infecção <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input checked="" type="checkbox"/> Imunossupressão <input checked="" type="checkbox"/> Outros:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Higienização das mãos antes e depois do contato com o paciente; <input checked="" type="checkbox"/> Observar e anotar alterações de SSV, <input checked="" type="checkbox"/> Verificar presença de sinais fisiológicos, <input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca diária de curativo utilizando técnica aséptica <input checked="" type="checkbox"/> Trocar de equipos e toalhinhas em <u>24/24</u> <input checked="" type="checkbox"/> Focar acesso periférico em <u>91/92</u> <input checked="" type="checkbox"/> Realizar limpeza concorrente no leito e equipamentos; <input checked="" type="checkbox"/> Utilizar EPI <input checked="" type="checkbox"/> Outros:</p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco/dor relacionado à:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Patologia de base <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input checked="" type="checkbox"/> Agentes lesivos, químicos e físicos <input checked="" type="checkbox"/> Outros:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Avaliar e registrar os sinais, evolução e duração da dor; <input checked="" type="checkbox"/> Administrar analgésicos prescritos; <input checked="" type="checkbox"/> Utilizar métodos alternativos, como mudança de posição antalgica <input checked="" type="checkbox"/> Outros:</p>	



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA
SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN N° 368/2009

NOME: Thiago Gabriel B. M. Pinheiro

SAME: 318059/0 LEITO: 401-02

DATA: 27/09/19

<input checked="" type="checkbox"/> Risco/Ansiedade relacionado à: <input checked="" type="checkbox"/> Medo do desconhecido <input checked="" type="checkbox"/> Déficit de conhecimento <input type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorar o estado emocional do indivíduo; <input checked="" type="checkbox"/> Conversar usando abordagem calma e segura, estabelecendo uma relação de confiança com o paciente e familiares e estimular a comunicação do sentimento; <input checked="" type="checkbox"/> Explicar procedimentos antes de realizá-los; <input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Risco/Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Risco /Trocada de gases prejudicada Relacionado à: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das vias aéreas <input type="checkbox"/> Perfusion tissular prejudicada <input type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Elevar decúbito a() 30° () 60° () 90° <input checked="" type="checkbox"/> Observar, registrar e comunicar sinais de desconforto respiratório (tosse, alteração de saturação, dispneia, bradipneia, BAN, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Instalar () Cateter nasal ____ l/min () Máscara facial () Venturi: a ____ % <input checked="" type="checkbox"/> Registrar evolução do padrão respiratório <input checked="" type="checkbox"/> Aspirar e anotar o aspecto das secreções traqueobrônquicas ____ h e sín. <input checked="" type="checkbox"/> Manter oximetria de pulso e realizar rodízio de sensores ____ h <input checked="" type="checkbox"/> Realizar gasometria conforme prescrição <input checked="" type="checkbox"/> Trocar sistema de aspiração em ____ h <input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Risco para Aspiração Relacionada à: <input type="checkbox"/> Alimentação por sondas <input type="checkbox"/> Presença de traqueostomia ou tubo endotraqueal <input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada <input type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar nível de consciência; <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar deglutição prejudicada; <input checked="" type="checkbox"/> Manter decúbito elevado durante administração da dieta e até 30° após; <input checked="" type="checkbox"/> Manter kit de aspiração montado; <input checked="" type="checkbox"/> Instalar dieta isolando posicionamento da SNG /SNE; <input checked="" type="checkbox"/> Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente <input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Nutrição Alterada: Para mais () Para menos () Relacionada à: <input type="checkbox"/> Incapacidade de ingerir <input type="checkbox"/> Incapacidade para absorver/digerir nutrientes <input type="checkbox"/> Dificuldade na adesão à dieta <input type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a se alimentar e monitorar a ingestão; <input checked="" type="checkbox"/> Solicitar a avaliação do Serviço de Nutrição; <input checked="" type="checkbox"/> Identificar problemas relacionados com a alimentação; <input checked="" type="checkbox"/> Orientar sobre a importância da dieta alimentar para a recuperação do paciente; <input checked="" type="checkbox"/> Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Pesar diariamente o paciente em jejum; <input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Risco de Excesso de Volume de líquidos Relacionados à: <input type="checkbox"/> Distinção renal <input type="checkbox"/> Alterações cardiovasculares <input type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Atentar para os sinais de congestão pulmonar (crepitação, dispneia,etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Controle rigoroso das infusões <input checked="" type="checkbox"/> Verificar os débitos, frequência e aspecto das eliminações; <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar os níveis de ionograma, uréia, creatinina, hemograma, albumina, etc. <input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Risco/ déficit de líquidos Relacionado à: <input type="checkbox"/> Ingesta alterada <input type="checkbox"/> Perda de líquidos (pele, pulmão) <input type="checkbox"/> Sangramentos <input type="checkbox"/> Drenagens <input type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Atentar para os sinais de desidratação (hipotensão, taquicardia). <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar SSVV <input checked="" type="checkbox"/> Controlar a hidratação oral/venosa <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar e registrar débitos, frequência e aspecto das eliminações <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar os níveis de Hb E, HbA1c, ionograma/Uréia e creatinina <input type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Risco para Infecção <input checked="" type="checkbox"/> Risco para Transmissão de Infecção relacionada à: <input checked="" type="checkbox"/> Infecção <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input checked="" type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Higienização das mãos antes e depois de contato com o paciente; <input checked="" type="checkbox"/> Observar e anotar alterações de SSVV; <input checked="" type="checkbox"/> Verificar presença de sinais flogísticos; <input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca diária de curativo utilizando técnica asséptica <input checked="" type="checkbox"/> Trocar de equipos e toalhinhas em 24/24 h. <input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso periférico em 0/1/96 h <input checked="" type="checkbox"/> Realizar limpeza concorrente no leito e equipamentos; <input checked="" type="checkbox"/> Utilizar EPI <input type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Risco/dor relacionado à: <input type="checkbox"/> Patologia de base <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Agentes lesivos químicos e físicos <input type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar e registrar os sinais, evolução e duração da dor; <input checked="" type="checkbox"/> Administrar analgésicos prescritos; <input checked="" type="checkbox"/> Utilizar métodos alternativos, como modulação de posição antalgica <input type="checkbox"/> Outros:

(A) Risco para trauma/queda	<input type="checkbox"/> Avaliar estado de consciência e observar alterações de comportamento <input type="checkbox"/> Observar e avaliar mobilidade física <input checked="" type="checkbox"/> Orientar os movimentos de acordo com a limitação e auxiliar a mobilização <input type="checkbox"/> Manter grades de proteção do leito elevadas <input type="checkbox"/> Auxiliar durante as necessidades básicas (higiene corporal e oral) e durante desambulação.	
(C2) Déficit no auto-cuidado Relacionado à: () Higiene () Mobilidade () Complicações clínicas e/ou cirúrgicas () Alimentação () Dor () Outros:	<input type="checkbox"/> Ayudar na dembução e nas atividades; <input type="checkbox"/> Monitorar diariamente sinais de complicações da imobilidade <input type="checkbox"/> Orientar a acompanhante a estimular a desambulação; <input checked="" type="checkbox"/> Realizar/ auxiliar/ supervisionar higiene oral e corporal no leito quando necessário <input type="checkbox"/> Auxiliar durante as refeições <input type="checkbox"/> Registrar condições da pele durante o banho <input type="checkbox"/> Estimular a participação de familiares e promover meios para o auto-cuidado <input type="checkbox"/> Realizar medição de decúbito de _____ h <input type="checkbox"/> Outros:	
() Risco/Padrão de eliminação urinária alterado relacionado à: () Volemia () Obstrução anatômica () Infecção () Obstrução anatômica () Disfunção sensorial ou neuromuscular	<input type="checkbox"/> Monitorar a frequência e débito urinário <input type="checkbox"/> Realizar o procedimento de esvaziamento vesical prescrito com técnicas miccionais ou cateterismo intermitente <input type="checkbox"/> Avaliar presença de globo vesical e dor <input type="checkbox"/> Medir débito urinário de _____ / _____ horas e registrar características <input type="checkbox"/> Outros:	
() Risco/ Constipação () Risco/ Diarréia () Risco/ Nutrição alterada; ingesta menor que as necessidades corporais Relacionado à: () Imobilidade () Lesão neurológica () Processos infeciosos () Causas inespecíficas () Obstrução pós-operatória () Dieta () Outros:	<input type="checkbox"/> Registrar características e frequência das evacuações; <input type="checkbox"/> Instalar SNG .Manter aberta se necessário <input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão hidrica <input type="checkbox"/> Manter dieta zero <input type="checkbox"/> Orientar higiene corporal e se necessário realizar banho no leito <input type="checkbox"/> Controlar rigorosamente o gotejamento das infusões <input type="checkbox"/> Acionar a nutricionista para adequar a dieta <input type="checkbox"/> Outros:	
(D) Risco de integridade tissular prejudicada relacionada à: () Déficit nutricional () Excesso/Déficit de volume de líquido () Mobilidade física prejudicada () Fatores mecânicos () Procedimentos invasivos () Outros:	<input type="checkbox"/> Mudar decúbito de 3 em 3 horas e realizar massagem de conforto <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo _____ vezes ao dia utilizando _____ <input type="checkbox"/> Registrar aspecto da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca de acesso venoso periférico a cada _____ h <input checked="" type="checkbox"/> Manter lençóis limpos,secos e esticados <input type="checkbox"/> Avaliar o grau de risco com individualização da assistência, para prevenção da úlcera por pressão <input type="checkbox"/> Identificar os fatores de risco e direcionar o tratamento preventivo, modificando os cuidados conforme os fatores individuais <input type="checkbox"/> Manter e melhorar a tolerância tecidual à pressão, a fim de prevenir a lesão <input type="checkbox"/> Proteger saliências ósseas, principalmente calcâneas, com rolos e travesseiros <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar e realizar o curativo da fenda registrando no prontuário conforme rotina da Comissão de Prevenção e Tratamento da Ferida (CPTF) <input type="checkbox"/> Outros:	
(E) Mobilidade no leito prejudicada	<input type="checkbox"/> Ayudar na dembução e nas atividades <input type="checkbox"/> Monitorar diariamente sinais de complicações da imobilidade <input type="checkbox"/> Orientar a acompanhante a estimular a desambulação <input type="checkbox"/> Realizar banho no leito se necessário <input type="checkbox"/> Outros:	
(F) Potencial para temperatura corporal relacionada à: <input checked="" type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar a temperatura a cada _____ h <input type="checkbox"/> Realizar meios físicos de _____ / _____ h <input checked="" type="checkbox"/> Eliminar possíveis fatores de riscos <input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicamento conforme prescrição médica <input type="checkbox"/> Aquecer o paciente <input type="checkbox"/> Outros:	X8 0Y
(G) Pesar relacionado a laços familiares interrompidos evidenciados por relato verbal de sofrimento	<input type="checkbox"/> Ofertar apoio emocional <input type="checkbox"/> Orientar a família quanto suporte emocional à paciente <input type="checkbox"/> Outros:	
ENFERMADOR: Vanesa Santos Adm. Enfermagem Mat. 203177429	Coleção Contabil Data: 2022-09-30 12:22	COREN:

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA
SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN N° 358/2009

GEQUAR

NOME: Thiago Gabriel B. de M.

SAME: 11508500 LEITO: 1 LOI 2

DATA: 25/09/19

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
<input checked="" type="checkbox"/> Risco/Ansiedade relacionado à: <input checked="" type="checkbox"/> Medo do desconhecido <input type="checkbox"/> Déficit de conhecimento <input type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorar o estado emocional do indivíduo. <input checked="" type="checkbox"/> Conversar usando abordagem calma e segura, estabelecendo uma relação de confiança com o paciente e familiares e estimular a comunicação dos sentimentos. <input checked="" type="checkbox"/> Explicar procedimentos antes de realizá-los. <input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Risco/Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Risco/Troca de gases prejudicada Relacionado à: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das vias aéreas <input type="checkbox"/> Perfusion tissular prejudicada <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Elevar decúbito à () 30° () 60° () 90° <input type="checkbox"/> Observar, registrar e comunicar sinais de desconforto respiratório (tosse, alteração de saturação, dispneia, bradipneia, RAN, etc.) <input type="checkbox"/> Instalar: () Cateter nasal ____ l/min () Máscara facial () Venturi a ____ % <input type="checkbox"/> Registrar evolução do padrão respiratório <input type="checkbox"/> Aspirar e anotar o aspecto das secreções traqueobrônquicas ____ h e sín. <input type="checkbox"/> Manter oximetria de pulso e realizar rotina de pensores ____ /____ h <input type="checkbox"/> Realizar gasometria conforme prescrição <input type="checkbox"/> Trocar sistema de aspiração em ____ h <input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Risco para Aspiração Relacionada à: <input type="checkbox"/> Alimentação por sondas <input type="checkbox"/> Presença de traqueostomia ou tubo endotraqueal <input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Avaliar nível de consciência; <input type="checkbox"/> Avaliar deglutição prejudicada; <input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado durante administração da dieta e até 30° após; <input type="checkbox"/> Manter kit de aspiração montado; <input type="checkbox"/> Instalar dieta testando posicionamento da SNG/SNE; <input type="checkbox"/> Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente <input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Nutrição Alterada: Para mais () Para menos () Relacionada à: <input type="checkbox"/> Incapacidade de ingerir <input type="checkbox"/> Incapacidade para absorver/digerir nutrientes <input type="checkbox"/> Dificuldade na adesão à dieta <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a se alimentar e monitorar a ingestão; <input type="checkbox"/> Solicitar a avaliação do Serviço de Nutrição; <input type="checkbox"/> Identificar problemas relacionados com a alimentação; <input type="checkbox"/> Orientar sobre a importância da dieta alimentar para a recuperação do estado de saúde; <input type="checkbox"/> Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente <input type="checkbox"/> Pesar diariamente o paciente em jejum; <input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Risco de Excesso do Volume de líquidos Relacionados à: <input type="checkbox"/> Disfunção renal <input type="checkbox"/> Alterações cardiovasculares <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Atentar para os sinais de congestão pulmonar (crepitação, dispneia, etc) <input type="checkbox"/> Controle rigoroso das infusões <input type="checkbox"/> Verificar os débitos, frequência e aspecto das eliminações; <input type="checkbox"/> Monitorar os níveis de ionograma, uréia, creatinina, hemograma, albumina, etc, <input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Risco/ déficit de líquidos Relacionado à: <input type="checkbox"/> Ingesta alterada <input type="checkbox"/> Perda de líquidos (pele, pulmão) <input type="checkbox"/> Sangramentos <input type="checkbox"/> Drenagens <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Atentar para os sinais de desidratação (hipotensão, taquicardia); <input type="checkbox"/> Monitorar SSVV <input type="checkbox"/> Controlar a hidratação oral/venosa <input type="checkbox"/> Monitorar e registrar débitos, frequência e aspecto das eliminações <input type="checkbox"/> Monitorar os níveis de Ht E Hb/Ionograma/Uréia e creatinina <input type="checkbox"/> Outros:	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco para Infecção <input checked="" type="checkbox"/> Risco para Transmissão de Infecção relacionada à: <input checked="" type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Higienização das mãos antes e depois do contato com o paciente; <input checked="" type="checkbox"/> Observar e anotar alterações de SSVV; <input checked="" type="checkbox"/> Verificar presença de sinais flogísticos; <input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca diária de curativo utilizando técnica aséptica <input checked="" type="checkbox"/> Trocar de equipos e toalhinhas em <u>24/24</u> h <input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso periférico em <u>24/24</u> h <input checked="" type="checkbox"/> Realizar limpeza concorrente no leito e equipamentos; <input checked="" type="checkbox"/> Utilizar EPI <input type="checkbox"/> Outros:	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco/dor relacionado à: <input checked="" type="checkbox"/> Patologia de base <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Agentes lesivos químicos e físicos <input type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar e registrar os sinais, evolução e duração da dor; <input checked="" type="checkbox"/> Administrar analgésicos prescritos; <input checked="" type="checkbox"/> Utilizar métodos alternativos, como mudança de posição antalgica <input type="checkbox"/> Outros:	

<input checked="" type="checkbox"/> Risco para trauma/queda	<ul style="list-style-type: none"> () Avaliar estado de consciência e observar alterações de comportamento <input checked="" type="checkbox"/> Observar e avaliar mobilidade física () Orientar os movimentos de acordo com a limitação e auxiliar a mobilização <input checked="" type="checkbox"/> Manter grades de proteção do leito elevadas () Auxiliar durante as necessidades básicas (higiene corporal e oral) e durante deambulação. 	
<input type="checkbox"/> Déficit no auto-cuidado Relacionado à: () Higiene () Mobilidade () Complicações clínicas e/ou cirúrgicas () Alimentação () Dor () Outros:	<ul style="list-style-type: none"> () Ajudar na deambulação e nas atividades; () Monitorar diariamente sinais de complicações da imobilidade () Orientar a acompanhante a estimular a deambulação; () Realizar/ auxiliar/ supervisionar higiene oral e corporal no leito quando necessário () Auxiliar durante as refeições () Registrar condições da pele durante o banho () Estimular a participação de familiares e promover meios para o auto-cuidado () Realizar mudança de decúbito de _____ / _____ h () Outros: 	
<input type="checkbox"/> Risco/Padrão de eliminação urinária alterado relacionado à: () Volemia () Obstrução anatômica () Infecção () Obstrução anatômica () Disfunção sensorial ou neuromuscular	<ul style="list-style-type: none"> () Monitorar a frequência e débito urinário () Realizar o procedimento de esvaziamento vesical prescrito com técnicas miccionais ou cateterismo intermitente () Avaliar presença de globo vesical e dor () Medir débito urinário de _____ horas e registrar características () Outros: 	
<input type="checkbox"/> Risco/ Constipação <input type="checkbox"/> Risco /Diarréia <input type="checkbox"/> Risco/ Nutrição alterada:ingesta menor que as necessidades corporais Relacionado à: () Imobilidade () Lesão neurológica () Processos infeciosos () Causes inespecíficas () Obstrução pós-operatória () Dieta () Outros:	<ul style="list-style-type: none"> () Registrar características e frequência das evacuações; () Instalar SNG Manter aberta se necessário () Incentivar a ingestão hidrica () Manter dieta zero () Orientar higiene corporal e se necessário realizar banho no leito () Controlar rigorosamente o gotejamento das infusões () Acionar a nutricionista para adequar a dieta () Outros: 	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de integridade tissular prejudicada relacionada à: () Déficit nutricional () Excesso/Déficit de volume de líquido () Mobilidade física prejudicada () Fatores mecânicos () Procedimentos invasivos () Outros:	<ul style="list-style-type: none"> () Mudar decúbito de 3 em 3 horas e realizar massagem de ponferto <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo _____ vezes ao dia utilizando: <i>5F amanhã</i> <input checked="" type="checkbox"/> Registrar aspecto da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca de acesso venoso periférico a cada <i>76h</i> () Manter lençóis limpos, secos e esticados () Avaliar o grau de risco com individualização da assistência, para prevenção da úlcera por pressão () Identificar os fatores de risco e direcionar o tratamento preventivo, modificando os cuidados conforme os fatores individuais () Manter e melhorar a tolerância tecidual à pressão, a fim de prevenir a lesão () Proteger salinências ósseas, principalmente calcâneas, com rolos e travesseiro () Avaliar e realizar o curativo da ferida registrando no prontuário conforme rotina da Comissão de Prevenção e Tratamento da Ferida (CPTF) () Outros: 	
<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade no leito prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> () Ajudar na deambulação e nas atividades <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar diariamente sinais de complicações da imobilidade <input checked="" type="checkbox"/> Orientar a acompanhante a estimular a deambulação <input checked="" type="checkbox"/> Realizar banho no leito se necessário () Outros: 	
<input checked="" type="checkbox"/> Potencial para temperatura corporal relacionada à: () Hipertermia () Hipotermia	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Verificar a temperatura a cada <i>16</i> h () Realizar meios físicos de _____ / _____ h () Eliminar possíveis fatores de riscos () Administrar medicamento conforme prescrição médica () Aquecer o paciente () Outros: 	<i>18/24ºC</i>
() Pesar relacionado a laços familiares interrompidos evidenciados por relato verbal de sofrimento	<ul style="list-style-type: none"> () Ofertar apoio emocional () Orientar a família quanto suporte emocional à paciente () Outros: 	

ENFERMEIRO: *ACCI Enf. JOSY*

COREN:

*Mariângela Couto
Coren-PE 0003 - EMF*

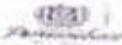
NOME: *Thiago Gabriel B. de M.*

SAME: *150630 LEITO 401 2*

GEQUAR

DATA: *25/09/19*

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
<input checked="" type="checkbox"/> Risco/Ansiedade relacionado à: <input checked="" type="checkbox"/> Medo do desconhecido <input type="checkbox"/> Déficit de conhecimento <input type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorar o estado emocional do indivíduo; <input checked="" type="checkbox"/> Conversar usando abordagem calma e segura, estabelecendo uma relação de confiança com o paciente e familiares e estimular a comunicação do sentimento; <input checked="" type="checkbox"/> Explicar procedimentos antes de realizá-los; <input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Risco/Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Risco /Troca de gases prejudicada Relacionado à: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das vias aéreas <input type="checkbox"/> Perfusion tissular prejudicada <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Elevar decúbito à: () 30° () 60° () 90° <input type="checkbox"/> Observar, registrar e comunicar sinais de desconforto respiratório (tosse, alteração de saturação, dispneia, bradipneia, RAN, etc.) <input type="checkbox"/> Instalar () Cafeter nasal ____ l/min () Máscara facial () Venturi a ____ % <input type="checkbox"/> Registrar evolução do padrão respiratório <input type="checkbox"/> Aspirar e anotar o aspecto das secreções traqueobrônquicas ____ / ____ h e s/n <input type="checkbox"/> Manter oximetria de pulso e realizar medição de sensores ____ / ____ h <input type="checkbox"/> Realizar gasometria conforme prescrição <input type="checkbox"/> Trocar sistema de aspiração em ____ / ____ h <input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Risco para Aspiração Relacionada à: <input type="checkbox"/> Alimentação por sondas <input type="checkbox"/> Presença de traqueostomia ou tubo endotraqueal <input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Avaliar nível de consciência; <input type="checkbox"/> Avaliar deglutição prejudicada; <input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado durante administração da dieta e até 30' após; <input type="checkbox"/> Manter kit de aspiração montado; <input type="checkbox"/> Instalar dieta testando posicionamento da SNG /SNE; <input type="checkbox"/> Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente <input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Nutrição Alterada: Para mais () Para menos () Relacionada à: <input type="checkbox"/> Incapacidade de ingerir <input type="checkbox"/> Incapacidade para absorver/digerir nutrientes <input type="checkbox"/> Dificuldade na adesão à dieta <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a se alimentar e monitorar a ingestão; <input type="checkbox"/> Solicitar a avaliação do Serviço de Nutrição; <input type="checkbox"/> Identificar problemas relacionados com a alimentação; <input type="checkbox"/> Orientar sobre a importância da dieta alimentar para a recuperação do estado de saúde; <input type="checkbox"/> Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente <input type="checkbox"/> Pesar diariamente o paciente em jejum; <input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Risco de Excesso do Volume de líquidos Relacionados à: <input type="checkbox"/> Disfunção renal <input type="checkbox"/> Alterações cardiovasculares <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Alertar para os sinais de congestão pulmonar (crepitação, dispneia,etc) <input type="checkbox"/> Controle rigoroso das infusões <input type="checkbox"/> Verificar os débitos, frequência e aspecto das eliminações; <input type="checkbox"/> Monitorar os níveis de ionograma, uréia, creatinina, hemograma, albumina,etc, <input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Risco/ déficit de líquidos Relacionado à: <input type="checkbox"/> Ingesta alterada <input type="checkbox"/> Perda de líquidos (pele, pulmão) <input type="checkbox"/> Sangramentos <input type="checkbox"/> Drenagens <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Alertar para os sinais de desidratação (hipotensão, taquicardia). <input type="checkbox"/> Monitorar SSVV <input type="checkbox"/> Controlar a hidratação oral/venosa <input type="checkbox"/> Monitorar e registrar débitos, frequência e aspecto das eliminações <input type="checkbox"/> Monitorar os níveis de Hb E Hct/tonograma/Ureia e creatinina <input type="checkbox"/> Outros:	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco para Infecção <input type="checkbox"/> Risco para Transmissão de Infecção relacionada à: <input checked="" type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Higienização das mãos antes e depois do contato com o paciente; <input checked="" type="checkbox"/> Observar e anotar alterações de SSVV. <input checked="" type="checkbox"/> Verificar presença de sítios flogísticos. <input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca diária de curativo utilizando técnica asséptica <input checked="" type="checkbox"/> Trocar de equipos e toalhinhas em <u>24/48</u> <input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso periférico em <u>24/48</u> <input checked="" type="checkbox"/> Realizar limpeza concorrente no leito e equipamentos; <input type="checkbox"/> Utilizar EPI <input type="checkbox"/> Outros:	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco/dor relacionado à: <input type="checkbox"/> Patologia de base <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Agentes lesivos, químicos e físicos <input type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar e registrar os sinais, evolução e duração da dor; <input checked="" type="checkbox"/> Administrar analgésicos prescritos; <input checked="" type="checkbox"/> Utilizar métodos alternativos, como mudança de posição antalgica <input type="checkbox"/> Outros:	



 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
 CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
 COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
 CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA
SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN N° 358/2009

NOME:

Thiago Gabriel B. da Mota Lima 418083

TIPO: SIME LEITO: 401-2

GEQUAR

DATA: 01/10/19

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- (X) Risco/Ansiedade relacionado a:
 Medo do desconhecido
 Déficit de conhecimento
 Outros:

- () Risco/Padrão respiratório ineficaz
 Risco/Troca de gases prejudicada

Relacionado a:

- () Dor
 Ansiedade
 Secreção
 Desobstrução ineficaz das vias aéreas
 Perfusion tissue prejudicada
 Outros:

- () Risco para Aspiração

Relacionada a:

- () Alimentação por sondas
 Presença de traqueostomia ou tubo endotraqueal
 Deglutição prejudicada
 Outros:

- () Nutrição Alterada:

Para mais () Para menos ()

Relacionada a:

- () Incapacidade de ingerir
 Incapacidade para absorver/digerir nutrientes
 Dificuldade na adesão à dieta
 Outros:

- () Risco de Excesso do Volume de líquidos

Relacionados a:

- () Disfunção renal
 Alterações cardiovasculares
 Outros:

- () Risco/ déficit de líquidos

Relacionado a:

- () Ingesta alterada
 Perda de líquidos (pele, pulmão)
 Sangramentos
 Drenagens
 Outros:

- () Risco para Infecção

() Risco para Transmissão de Infecção relacionada a:

() Infecção

() Trauma

() Procedimentos invasivos

() Imunossupressão

() Outros:

- (X) Risco/dor relacionado a:

- () Patologia de base
 Procedimentos invasivos
 Agentes lesivos, químicos e físicos
 Outros:

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- () Monitorar o estado emocional do individuo;
 Conversar usando abordagem calma e segura, estabelecendo uma relação de confiança com o paciente e familiares e estimular a comunicação dos sentimentos;
 Explicar procedimentos antes de realizá-los;
 Outros:

- () Elevar decúbito a () 30° () 60° () 90°
 Observar, registrar e comunicar sinais de desconforto respiratório (tosse, alteração de saturação, dispneia, bradipneia, SAN, etc.)
 Instalar: () Cateter nasal ____ l/min() Máscara facial () Venturi a ____ %
 Registrar evolução do padrão respiratório
 Aspirar e anotar o aspecto das secreções traqueobrônquicas ____ h e sin
 Manter oximetria de pulso e realizar rodízio de sensores ____ h
 Realizar gasometria conforme prescrição
 Trocar sistema de aspiração em ____ h
 Outros:

- () Avaliar nível de consciência;
 Avaliar deglutição prejudicada
 Manter decúbito elevado durante administração da dieta e até 30' após;
 Manter kit de aspiração montado;
 Instalar dieta testando posicionamento da SNG /SNE
 Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente
 Outros:

- () Auxiliar o paciente a se alimentar e monitorar a ingestão;
 Solicitar a avaliação do Serviço de Nutrição;
 Identificar problemas relacionados com a alimentação;
 Orientar sobre a importância da dieta alimentar para a recuperação do estado de saúde;
 Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente
 Pesar diariamente o paciente em jejum;
 Outros:

- () Atentar para os sinais de congestão pulmonar (crepitação, dispneia, etc)
 Controle rigoroso das infusões
 Verificar os débitos, frequência e aspecto das eliminações;
 Monitorar os níveis de ionograma, ureia, creatinina, hemograma, albumina, etc.
 Outros:

- () Atentar para os sinais da desidratação (hipotensão, taquicardia).
 Monitorar SSVV
 Controlar a hidratação oral/venosa
 Monitorar e registrar débito, frequência e aspecto das eliminações
 Monitorar os níveis de Ht E Hb/tonograma/Ureia e creatinina
 Outros:

- () Higienização das mãos antes e depois do contato com o paciente;
 Observar e anotar alterações de SSVV;
 Verificar presença de sinais fisiológicos
 Realizar troca diária de curativo utilizando técnica asséptica
 Trocar de equipos e toalhinhas em 04/10
 Realizar limpeza concorrente no leito e equipamentos;
 Utilizar EPI
 Outros:

- () Avaliar e registrar os sinais, evolução e duração da dor;
 Administrar analgésicos prescritos;
 Utilizar métodos alternativos, como mudança de posição antalgica
 Outros:

HORÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> Risco para trauma/queda	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Avaliar estado de consciência e observar alterações de comportamento <input type="checkbox"/> Observar e avaliar mobilidade física <input type="checkbox"/> Orientar os movimentos de acordo com a limitação e auxiliar a mobilização <input checked="" type="checkbox"/> Manter grades de proteção do leito elevadas <input type="checkbox"/> Auxiliar durante as necessidades básicas (higiene corporal e oral) e durante deambulação.
<input checked="" type="checkbox"/> Déficit no auto-cuidado Relacionado à: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Higiene <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade <input type="checkbox"/> Complicações clínicas e/ ou cirúrgicas <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Outros. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ayudar na dembilização e nas atividades: <input type="checkbox"/> Monitorar diariamente sinais de complicações da imobilidade <input type="checkbox"/> Orientar a acompanhante a estimular a deambulação <input type="checkbox"/> Realizar/ auxiliar/ supervisionar higiene oral e corporal no leito quando necessário <input type="checkbox"/> Auxiliar durante as refeições <input type="checkbox"/> Registrar condições da pele durante o banho <input checked="" type="checkbox"/> Estimular a participação de familiares e promover meios para o auto-cuidado <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ____ / ____ h <input type="checkbox"/> Outros.
<input type="checkbox"/> Risco/Padrão de eliminação urinária alterado relacionado à: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Volemia <input type="checkbox"/> Obstrução anatômica <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Obstrução anatômica <input type="checkbox"/> Disfunção sensorial ou neuromuscular 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitorar a frequência e débito urinário <input type="checkbox"/> Realizar o procedimento de esvaziamento vesical prescrito com técnicas miccionais ou cateterismo intermitente <input type="checkbox"/> Avaliar presença de globo vesical e dor <input type="checkbox"/> Medir débito urinário de ____ / ____ horas e registrar características <input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Risco/ Constipação <input type="checkbox"/> Risco /Diarréia <input type="checkbox"/> Risco/ Nutrição alterada:ingesta menor que as necessidades corporais Relacionado à: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Imobilidade <input type="checkbox"/> Lesão neurológica <input type="checkbox"/> Processos infeciosos <input type="checkbox"/> Causas inespecíficas <input type="checkbox"/> Obstrução pós-operatória <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Outros: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Registrar características e frequência das evacuações <input type="checkbox"/> Instalar SNG- Manter aberta se necessário <input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Manter dieta zero <input type="checkbox"/> Orientar higiene corporal e se necessário realizar banho no leito <input type="checkbox"/> Controlar rigorosamente o gotejamento das infusões <input type="checkbox"/> Acionar a nutricionista para adequar a dieta <input type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de integridade tissular prejudicada relacionada à: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Déficit nutricional <input type="checkbox"/> Excesso/Déficit de volume de líquido <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Fatores mecânicos <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Outros: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mudar decúbito de 3 em 3 horas e realizar massagem de conforto <input type="checkbox"/> Realizar curativo ____ vezes ao dia utilizando: <input type="checkbox"/> Registrar aspecto da lesão <input type="checkbox"/> Realizar troca de acesso venoso periférico a cada ____ h <input type="checkbox"/> Manter lençóis limpos,secos e esticados <input type="checkbox"/> Avaliar o grau de risco com individualização da assistência, para prevenção da úlcera por pressão <input type="checkbox"/> Identificar os fatores de risco e direcionar o tratamento preventivo, modificando os cuidados conforme os fatores individuais <input type="checkbox"/> Manter e melhorar a tolerância tecidual à pressão, a fim de prevenir a lesão <input type="checkbox"/> Proteger salinidades ósseas, principalmente calcâneas, com rolos e travesseiro <input type="checkbox"/> Avaliar e realizar o curativo da fenda registrando no prontuário conforme rotina da Comissão de Prevenção e Tratamento da Ferida (CPTF) <input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Mobilidade no leito prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ayudar na dembilização e nas atividades <input type="checkbox"/> Monitorar diariamente sinais de complicações da imobilidade <input type="checkbox"/> Orientar a acompanhante a estimular a deambulação <input type="checkbox"/> Realizar banho no leito se necessário <input type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Ponto de temperatura corporal relacionada à: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verificar a temperatura a cada ____ h <input type="checkbox"/> Realizar meios físicos de ____ h <input type="checkbox"/> Eliminar possíveis fatores de riscos <input type="checkbox"/> Administrar medicamento conforme prescrição médica <input type="checkbox"/> Aquecer o paciente <input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Pesar relacionado a laços familiares interrompidos evidenciados por relato verbal de sofrimento	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ofertar apoio emocional <input type="checkbox"/> Orientar a família quanto suporte emocional à paciente <input type="checkbox"/> Outros:

ENFERMEIRO:

Mariana C. Coelho
Enfermeira
COREN-PE 351.212

COREN:

Mariana C. Coelho
Coren-PE 351.212

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

17:37:30
ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:37:30

ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:37:30

ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:37:30



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA
SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN N° 358/2009

GEQUAR

DATA 03.10.19

NOME Thiago Gabriel Barbosa SAMF 718083 ZETO 401.02

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

(<input checked="" type="checkbox"/> Risco/Ansiedade relacionado à: (<input checked="" type="checkbox"/> Medo do desconhecido (<input checked="" type="checkbox"/> Déficit de conhecimento (<input type="checkbox"/> Outros:	(<input checked="" type="checkbox"/> Monitorar o estado emocional do indivíduo. (<input checked="" type="checkbox"/> Conversar usando abordagem calma e segura, estabelecendo uma relação de confiança com o paciente e familiares; estimular a comunicação dos sentimentos. (<input checked="" type="checkbox"/> Explícua procedimentos antes de realizá-los. (<input type="checkbox"/> Outros:
(<input checked="" type="checkbox"/> Risco/Padrão respiratório ineficaz (<input type="checkbox"/> Risco /Trocada de gases prejudicada Relacionado à: (<input checked="" type="checkbox"/> Dor (<input type="checkbox"/> Ansiedade (<input type="checkbox"/> Secreção (<input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das vias aéreas (<input type="checkbox"/> Perfusion tissular prejudicada (<input type="checkbox"/> Outros:	(<input type="checkbox"/> Elevar decúbito à () 30° () 60° () 90° (<input type="checkbox"/> Observar, registrar e comunicar sinais de desconforto respiratório (tosse, alteração de saturação, dispneia, bradipneia, BAN, etc.) (<input type="checkbox"/> Instalar : () Cateter nasal ____ l/min () Máscara facial () Venturi a ____% (<input checked="" type="checkbox"/> Registrar evolução do padrão respiratório (<input type="checkbox"/> Aspirar e anotar o aspecto das secreções traqueobrônquicas ____ / ____ h e s/n (<input type="checkbox"/> Manter oximetria de pulso e realizar rodízio de sensores ____ / ____ h (<input type="checkbox"/> Realizar gasometria conforme prescrição (<input type="checkbox"/> Trocar sistema de aspiração em ____ / ____ h (<input type="checkbox"/> Outros:
(<input type="checkbox"/> Risco para Aspiração Relacionada à: (<input type="checkbox"/> Alimentação por sondas (<input type="checkbox"/> Presença de traqueostomia ou tubo endotraqueal (<input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada (<input type="checkbox"/> Outros:	(<input type="checkbox"/> Avaliar nível de consciência (<input type="checkbox"/> Avaliar deglutição prejudicada (<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado durante administração da dieta e até 30° após; (<input type="checkbox"/> Manter kit de aspiração montado; (<input type="checkbox"/> Instalar dieta testando posicionamento da SNG /SNE; (<input type="checkbox"/> Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente (<input type="checkbox"/> Outros:
(<input type="checkbox"/> Nutrição Alterada: Para mais (<input type="checkbox"/> Para menos (<input type="checkbox"/> Relacionada à: (<input type="checkbox"/> Incapacidade de ingerir (<input type="checkbox"/> Incapacidade para absorver/digerir nutrientes (<input type="checkbox"/> Dificuldade na adesão à dieta (<input type="checkbox"/> Outros:	(<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a se alimentar e monitorar a ingestão (<input type="checkbox"/> Solicitar a avaliação do Serviço de Nutrição (<input type="checkbox"/> Identificar problemas relacionados com a alimentação; (<input type="checkbox"/> Orientar sobre a importância da dieta alimentar para a recuperação do estado de saúde; (<input type="checkbox"/> Solicitar do serviço de nutrição adequação da alimentação conforme condições do paciente (<input type="checkbox"/> Pesar diariamente o paciente em jejum (<input type="checkbox"/> Outros:
(<input type="checkbox"/> Risco de Excesso do Volume de líquidos Relacionados à: (<input type="checkbox"/> Disfunção renal (<input type="checkbox"/> Alterações cardiovesselares (<input type="checkbox"/> Outros:	(<input type="checkbox"/> Atentar para os sinais de congestão pulmonar (crepitacão, dispneia,etc) (<input type="checkbox"/> Controle rigoroso das infusões (<input type="checkbox"/> Verificar os débitos ,frequência e aspecto das eliminações; (<input type="checkbox"/> Monitorar os níveis de ionograma ,uréia , creatinina,hemograma, albumina,etc. (<input type="checkbox"/> Outros:
(<input type="checkbox"/> Risco/ déficit de líquidos Relacionado à: (<input type="checkbox"/> Ingesta alterada (<input type="checkbox"/> Perda de líquidos (pele, pulmão) (<input type="checkbox"/> Sangramentos (<input type="checkbox"/> Drenagens (<input type="checkbox"/> Outros:	(<input type="checkbox"/> Atentar para os sinais de desidratação (hipotensão, taquicardia) (<input type="checkbox"/> Monitorar SSVV (<input type="checkbox"/> Controlar a hidratação orais/venosa (<input type="checkbox"/> Monitorar e registrar débitos, frequência e aspecto das eliminações (<input type="checkbox"/> Monitorar os níveis de Ht E Hb/Ionograma/Uréia e creatinina (<input type="checkbox"/> Outros:
(<input checked="" type="checkbox"/> Risco para Infecção (<input type="checkbox"/> Risco para Transmissão de Infecção relacionada à: (<input type="checkbox"/> Infecção (<input type="checkbox"/> Trauma (<input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos (<input type="checkbox"/> Imunossupressão (<input type="checkbox"/> Outros:	(<input checked="" type="checkbox"/> Higienização das mãos antes e depois do contato com o paciente; (<input checked="" type="checkbox"/> Observar e anotar alterações de SSVV (<input checked="" type="checkbox"/> Verificar presença de sinais flogísticos (<input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca diária de curativo utilizando técnica asséptica (<input checked="" type="checkbox"/> Trocar de equipos e toalhinhas em ____ / ____ (<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso periférico em ____ / ____ (<input checked="" type="checkbox"/> Realizar limpeza concorrente no leito e equipamentos; (<input checked="" type="checkbox"/> Utilizar EPI (<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
(<input checked="" type="checkbox"/> Risco/dor relacionado à: (<input checked="" type="checkbox"/> Patologia de base (<input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos (<input type="checkbox"/> Agentes lesivos químicos e físicos (<input type="checkbox"/> Outros:	(<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar e registrar os sinais, evolução e duração da dor (<input checked="" type="checkbox"/> Administrar analgésicos prescritos; (<input checked="" type="checkbox"/> Utilizar métodos alternativos, como mudança de posição antalgica (<input checked="" type="checkbox"/> Outros:

<input checked="" type="checkbox"/> Risco para trauma/queda	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Avaliar estado de consciência e observar alterações de comportamento <input checked="" type="checkbox"/> Observar o evoluir imobilidade física <input checked="" type="checkbox"/> Orientar os movimentos de acordo com a limitação e auxiliar a mobilização <input checked="" type="checkbox"/> Manter grades de proteção do leito elevadas <input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar durante as necessidades básicas (higiene corporal e oral) e durante deambulação 	
<input checked="" type="checkbox"/> Deficit no auto-cuidado Relacionado à: <input type="checkbox"/> Higiene <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade <input type="checkbox"/> Complicações clínicas e/ou cirúrgicas <input checked="" type="checkbox"/> Alimentação <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Outros	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ayudar na deambulação e nas atividades <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar diariamente sinais de complicações da imobilidade <input type="checkbox"/> Orientar a acompanhante a estimular a deambulação <input type="checkbox"/> Realizar/auxiliar/ supervisionar higiene oral e corporal no leito quando necessário <input type="checkbox"/> Auxiliar durante as refeições <input type="checkbox"/> Registrar condições da pele durante o banho <input checked="" type="checkbox"/> Estimular a participação de familiares e promover meios para o auto-cuidado <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ____/____h <input checked="" type="checkbox"/> Outros: 	
<input type="checkbox"/> Risco/Padrão de eliminação urinária alterado relacionado à: <input type="checkbox"/> Volemia <input type="checkbox"/> Obstrução anatômica <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Obstrução anatômica <input type="checkbox"/> Disfunção sensorial ou neuromuscular	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitorar a frequência e débito urinário <input type="checkbox"/> Realizar o procedimento de esvaziamento vesical prescrita com técnicas miccionais ou calecenismo intermitente <input type="checkbox"/> Avaliar presença de globo vesical e dor <input type="checkbox"/> Medir débito urinário de ____/____ horas e registrar características <input type="checkbox"/> Outros: 	
<input type="checkbox"/> Risco/ Constipação <input type="checkbox"/> Risco/ Diarréia <input type="checkbox"/> Risco/ Nutrição alterada:ingesta menor que as necessidades corporais Relacionado à: <input type="checkbox"/> Inabilidade <input type="checkbox"/> Lesão neurologica <input type="checkbox"/> Processos infeciosos <input type="checkbox"/> Causas inespecíficas <input type="checkbox"/> Obstrução pos-operatória <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Outros:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Registrar características e frequência das evacuações <input type="checkbox"/> Instalar SNG. Manter aberta se necessário <input type="checkbox"/> Incentivar a ingesta hídrica <input type="checkbox"/> Manter dieta zero <input type="checkbox"/> Orientar higiene corporal e se necessário realizar banho no leito <input type="checkbox"/> Controlar rigorosamente o gotejamento das infusões <input type="checkbox"/> Acionar a nutricionista para adequar a dieta <input type="checkbox"/> Outros: 	
<input type="checkbox"/> Risco de integridade tissular prejudicada relacionada à: <input type="checkbox"/> Déficit nutricional <input checked="" type="checkbox"/> Excesso/Déficit de volume de líquido <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Fatores mecânicos <input type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Outros:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mudar decúbito de 3 em 3 horas e realizar massagem de conforto <input type="checkbox"/> Realizar curativo ____ vezes ao dia utilizando _____ <input type="checkbox"/> Registrar aspecto da lesão <input type="checkbox"/> Realizar troca de acesso venoso periférico a cada ____ h <input type="checkbox"/> Manter lençóis limpos, secos e esticados <input type="checkbox"/> Avaliar o grau de risco com individualização da assistência, para prevenção da úlcera por pressão <input type="checkbox"/> Identificar os fatores de risco e direcionar o tratamento preventivo, modificando os cuidados conforme os fatores individuais <input type="checkbox"/> Manter e melhorar a tolerância tecidual à pressão, a fim de prevenir a lesão <input type="checkbox"/> Proteger salinidades ósseas, principalmente calcâneas, com rolos e travesseiro <input type="checkbox"/> Avaliar e realizar o curativo da ferida registrando no prontuário conforme rotina da Comissão de Prevenção e Tratamento da Ferida (CPTF) <input type="checkbox"/> Outros: 	
<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade no leito prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ayudar na deambulação e nas atividades <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar diariamente sinais de complicações da imobilidade <input type="checkbox"/> Orientar a acompanhante a estimular a deambulação <input type="checkbox"/> Realizar banho no leito se necessário <input checked="" type="checkbox"/> Outros: 	
<input checked="" type="checkbox"/> Potencial para temperatura corporal relacionada à: <input checked="" type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Verificar a temperatura a cada ____ h <input type="checkbox"/> Realizar meios físicos de ____/____ h <input checked="" type="checkbox"/> Eliminar possíveis fatores de riscos <input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicamento conforme prescrição médica <input type="checkbox"/> Aquecer o paciente <input checked="" type="checkbox"/> Outros: 	
<input type="checkbox"/> Pesar relacionado a laços familiares interrompidos evidenciados por relato verbal de sofrimento	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ofertar apoio emocional <input type="checkbox"/> Orientar a família quanto suporte emocional à paciente <input type="checkbox"/> Outros: 	

ENFERMEIRO: *Joéda Calado*

Marina C. Couto
Ciclo-P-07.983-ENE

Leda Calado
CORENmermeira
COREN: 476.260

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
 CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
 COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
 CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA
 SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
 DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN N° 358/2009

NAME: Diogo Gabriel

SAME: 401-5 LEITO: 118083 DATA: 01/10/19

DATA	HORA	CONTROLES					ASSINATURA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM		
		T	P	R	TA	HGT			
01-10	22h 36' 79	18	110x80	-	-	-	Telma Cristina Silva Cora-PE 001-102.545-TE		
02-10	06h 36' 75	18	120x80	-	-	-	<i>telma</i>		
02/10	12h 35' 60	08	120x80	-	-	-	<i>telma</i>		
02/10	14h 36' 18' 95	18	110x80	-	-	-	<i>telma</i>		
02/10	22h 36' 19	19	110x60	-	-	-	<i>telma</i>		
02/10	06h 36'	88	18	120	-	-	<i>telma</i>		
02/10	11h 00'	360	70	75	120x80	-	<i>telma</i>		
BALANÇO HÍDRICO - DIURNO									
DATA:	HORA:								
ENTRADA:									
SAÍDA:									
TOTAL:									
BALANÇO HÍDRICO - NOTURNO									
DATA:	HORA:								
ENTRADA:									
SAÍDA:									
TOTAL:									

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM									
30/09/2020 17:37:30									
KOTE SEGU Erica AM 12/11/19 17:30									

**COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SETOR: GEOFARMA**

FOLIO MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

SISTENATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SETOR:

MARK

NOME DO PACIENTE

104

1

10

SAME

PLANTÃO: () DIURNO () NOTURNO		Data: _____ h
<p>Estado Geral: () Bom () Regular () Comprometido () Gravemente Comprometido</p> <p>Nível de Consciência: () Desconsciente () Desorientado () Confuso () Alerta () Atordoado</p> <p>Orientação: () Satisfatória () Insatisfatória</p> <p>Emotional: () Calmo () Ansioso () Depressivo</p> <p>Respiratório: () Espontâneo () Dispneico () Taquipneico</p> <p>() Bradípneico () Hipopneico () Hiperventilação arterial</p> <p>() Cansiche de O2 () Cansaço</p> <p>() Dolor</p>		
<p>Pele e mucosas: () Normocorada () Hiper corada () Hipotensiva</p> <p>() Desidratada () Acidificada () Alcalinizada</p> <p>() Acadofítica</p>		
<p>Presença de lesões: () Nenhuma () Verifica () Bloco</p> <p>() Escoriação hemorrágica () Cicatrizes () Ecchymose</p> <p>Ocular: _____</p>		
<p>Regulação térmica: () Aquecimento () Frio () Subnorma () Supertermia</p> <p>() Hipotérmica () Hipotermia () Brastodermia</p>		
<p>Pulso: () Rápido () Aritmico () Taquicardia () Bradicardia</p> <p>() Pressão Arterial: () Normotensiva () Hipotensiva () Hipertensiva</p> <p>Edema: () Ausente () Presente</p> <p>Local: _____</p>		
<p>Eliminações:</p> <p>Díurese: () Presente () Ausente</p> <p>() Vômito volume 06 às 18 h _____ ml</p> <p>10 às 05 h _____ ml</p> <p>Evacuação: () Normal () Anormal</p> <p>() Diarreia _____ vezes () Constipação _____ dias</p>		
<p>DIETA: () Hora da última refeição _____ h</p> <p>Prescrição da dieta: Zero () Sim () Não. O que? _____</p> <p>Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastroduodenal</p> <p>Administração da dieta: () Bica () Regular () Não aceita</p>		
<p>Sonolência: _____</p>		
<p>ASSINATURA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - Nº CORENSE: _____ E CATINHO: _____</p>		
<p>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</p> <p>Alergia medicamentosa: () Não () Sim quais? _____</p> <p>Confirmado do paciente/ nome completo e número do prontuário: () Sim () Não</p> <p>() Prontuário e exames conferidos e completo</p> <p>ESCALA DA DOR</p> <p>ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA</p> <p>Local: _____ Intensidade: _____</p> <p>Versão: () Sim () Perírica () Cesária () Não</p> <p>() Jejo sádico Local: _____ Dia da punção: _____</p> <p>Única fogada: () Não () Sim, tuai? () ?</p> <p>ENFERMAGEM</p> <p>LOCAL ASPECTO/COR SOLUÇÕES</p> <p>ANTI-BIÓTICOS: () Sim () Não Início: / /</p> <p>FERIDA OPERATORIA: () NÃO () Sim</p> <p>Local: _____ Aspecto: _____</p>		

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:

097.386.584-75

4 - Nome completo da vítima:

Thiago Gabriel Borbosa de Nogueira Pecino

6 - CPF:

097.386.584-75

5 - Nome completo:

Thiago Gabriel

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

R. Maria Isabell Burque

11 - Bairro:

Copa

12 - Cidade:

Carapina

13 - Estado:

SP

15 - E-mail:

maruscasusseria@hotmail.com

9 - Número:

150

10 - Complemento:

558 B 360

14 - CEP:

55813 360

16 - Tel. (DDD):

81 9915 3756

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 SEM RENDA R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA: 1783

3

CONTA: 0024 796

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com à vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

teve filhos?

 Não

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

 Sim Não

nasceu (varônico)?

 Sim Não

31 - Vítima

 Sim Não

teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

 Sim Não

Vivos:

Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data:

Corupá, 07/11/2019

Thiago Gabriel Borbosa de Nogueira Pecino

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Foto RG/VOTO/ID

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





Estado de Pernambuco

Secretaria de Defesa Social

Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco

CBMPE - 7º GRUPAMENTO DE BOMBEIROS

Av. Conselheiro João Alfredo, nº 391, - Bairro Santa Cruz, Carpina/PE

Carpina-PE, 11 de outubro de 2019

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº 59 / 2019 Div. Op. - CBMPE - 7ºGB

O TenCel QOC/BM Edson Marconni Almeida da Silva, Comandante do 7º Grupamento de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. Thiago Gabriel Barbosa de Menezes Pereira, RG. nº 2.718.083-2 CBM/PE, residente à Rua Maria Isabel Buarque, nº 150, Bairro São Sebastião, Carpina - PE, delegou à Divisão de Operações que procedesse o levantamento nos autos e emitisse a seguinte certidão, onde consta que: no dia 25 de setembro de 2019, às 07h35min, o 7º Grupamento de Bombeiros foi acionado para atender o Sr. Thiago Gabriel Barbosa de Menezes Pereira, RG. nº 2.718.083-2 CBM/PE, residente à Rua Maria Isabel Buarque, nº 150, Bairro São Sebastião, Carpina - PE, vítima de uma colisão veicular envolvendo uma motocicleta Yamaha MT03 ABS, cor preta, placa PCP - 9648 e um Chevrolet Classic LS, cor preta, placa OYV - 4242. No local do acidente, sítio a BR - 408, São Lourenço da Mata - PE, os bombeiros militares prestaram assistência pré-hospitalar ao vitimado que apresentava escoriação no membro superior direito e no membro inferior esquerdo e uma fratura aberta no membro superior esquerdo, sendo conduzido ao Centro Médico Hospitalar, Recife - PE, onde deu entrada com o prontuário nº 1571389, ficando sob os cuidados da Dra. Vanessa Codesseira, CRM 24.698. Nada mais havendo a certificar do que consta nos registros e relatórios da ocorrência, arquivados na 1ª SB do 7º Grupamento de Bombeiros, segue assinado por mim, Major QOC/BM 960010-8 ARIANO MENDONÇA LUNA, chefe da Divisão de Operações.

Certidão emitida através do Processo SEI nº 3900000048.000003/2019-13



Documento assinado eletronicamente por Ariano Mendonça Luna, em 11/10/2019, às 12:11, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por EDSON MARCONNI ALMEIDA DA SILVA, em 23/10/2019, às 09:42, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 3641371 e o código CRC CECF7CBC.



CROQUI DA CENA DO ACIDENTE

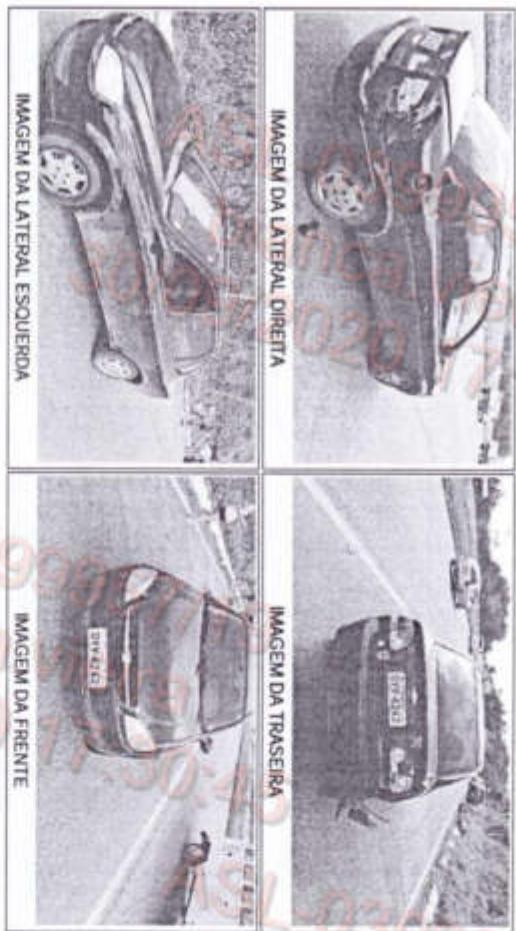
ASL-0399957/19
bianca.vieira 30/09/2020 17:30:45

PLATEA

REC



V1 - Imagens Obrigatórias



V1 - Proprietário
Nome: PAULÍVIA PINTO DE PAIVA
Email:
Endereço: RECIFE-PE

CPF/CNPJ: 066.989.834-11
Número de Nascimento: 20/12/1981
Sexo: Feminino
Telefone: 98893-0357

V1C - CONDUTOR DE V1 - PAULÍVIA PINTO DE PAIVA
V1C - Informações

Nome: PAULÍVIA PINTO DE PAIVA
CPF: 066.989.834-11
Endereço: RECIFE-PE

Nº Registro: 0504959304
Motorista profissional: Não

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor
V1C - Alterações da Capacidade Motorista

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA QINTO, 000000028, CAS, CURADO, RECIFE-PE
Telefone:

Email:

V2 - VEÍCULO 2 - PCP9648 - MOTOCICLETA

V2 - Informações
Placa: PCP9648
Ano fabricação: 2018
Especificação: Passageiro

Modelo: MOTOHONDA YAMAHA M103 ABS
Chassi: 906011140K0004166

Montava no momento do acidente: Segundo o fluxo, na faixa de rolamento
Informações complementares: vários arranques, claramente falso e outros carregadores

Rodovaria: 01162468864
Tipo de veículo: Motocicleta
Cor: Preta

C 191

Documento assinado eletronicamente por APLICATIVO, número 142754, Pólicia Rodoviária Federal, em 26/09/2018, para o endereço eletrônico do Brasil, com validade de 6 mês(s) a partir da data de emissão, conforme art. 7º, da Lei nº 8.078, de 1990, ou art. 1º do Decreto nº 5.159, de 8 de outubro de 2004, ou art. 1º, inciso II, do art. 2º, da Lei nº 10.256, de 19 de maio de 2001, ou art. 1º, inciso II, do art. 2º, da Lei nº 12.830, de 19 de dezembro de 2013. A assinatura digital deve ser verificada pelo seu responsável no site www.mvd.gov.br, ou no site www.prf.gov.br.
O protocolo 190522222801 é o número de controle da autenticação digital.

Documento assinado eletronicamente por APLICATIVO, número 101354, Pólicia Rodoviária Federal, em 26/09/2018, para o endereço eletrônico do Brasil, com validade de 6 mês(s) a partir da data de emissão, conforme art. 7º, da Lei nº 8.078, de 1990, ou art. 1º do Decreto nº 5.159, de 8 de outubro de 2004, ou art. 1º, inciso II, do art. 2º, da Lei nº 10.256, de 19 de maio de 2001, ou art. 1º, inciso II, do art. 2º, da Lei nº 12.830, de 19 de dezembro de 2013. A assinatura digital deve ser verificada pelo seu responsável no site www.mvd.gov.br, ou no site www.prf.gov.br. O protocolo 190522222801 é o número de controle da autenticação digital.

C 191

Documento assinado eletronicamente por APLICATIVO, número 142754, Pólicia Rodoviária Federal, em 26/09/2018, para o endereço eletrônico do Brasil, com validade de 6 mês(s) a partir da data de emissão, conforme art. 7º, da Lei nº 8.078, de 1990, ou art. 1º do Decreto nº 5.159, de 8 de outubro de 2004, ou art. 1º, inciso II, do art. 2º, da Lei nº 10.256, de 19 de maio de 2001, ou art. 1º, inciso II, do art. 2º, da Lei nº 12.830, de 19 de dezembro de 2013. A assinatura digital deve ser verificada pelo seu responsável no site www.mvd.gov.br, ou no site www.prf.gov.br. O protocolo 190522222801 é o número de controle da autenticação digital.



V2 - Relatório de Avalias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / YAMAHA MOTO ABS

Placa: PCP9648
Matrícula do Agente: 1422584

Nº BOAT: 19052222801
Data: 25/09/2019

V2C - Proprietário

Nome: THIAGO GABRIEL BARBOSA DE MENEZES PEREIRA
CPF/CNPJ: 097.316.584.75
Telefone: 83.987463112

E-mail:

Endereço: CARPINHA, PE

Data de Nascimento: 14/08/1992

Sexo: Masculino

Usava capacete: Sim

V2C - CONDUTOR DE V2 - THIAGO GABRIEL BARBOSA DE MENEZES PEREIRA

V2C - Informações

Nome: THIAGO GABRIEL BARBOSA DE MENEZES PEREIRA
CPF: 097.316.584.75

Estado físico: Lesões Leves

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD

UF: PE

Observações CNH: A

Próxima habilitação: 29/12/2010

Vencimento da habilitação: 24/11/2019

Nº Registro: 05112531328

Motorista profissional: Não

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Resultado obtido: 0.00 mg/l

V2C - Alterações da Capacidade Motor

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

Email:

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Avaliação clínica: Não

Avaliação toxicológica: Não

Observações: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 0000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINHA, PE

Telefone:

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Thiago Gabriel Barbosa de meneses Vieira,
RG nº 8.613.688, data de expedição 29/06/15, Orgão SISIPE,

CPF nº 097.316.584-75, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	P - maria Isabel Buangue
Número	150
Apto / Complemento	Caja
Bairro	Carpina
Cidade	Carpina
Estado	PE
CEP	55.813-360
Telefone de Contato	(81) 97915.3756
E-mail	maralvadassilva@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Carapina, 07/04/2019

Assinatura do Declarante: p Thiago Gabriel B. de M. Vieira

ATENDIMENTO: RUA HERCULANO BANDEIRA - NUM. - 00053 - SENZALA
CAPIBA PE 55818-595

TIPO DO CLIENTE: **AUXILIADORA BARBOSA DE HENEZES** MATRICULA: 6037704 OUT/2019
R MARIA ISABEL BIARQUE, N. 00150 - CAJA CARPINA PE 55813-360
 INSCRIÇÃO: 040.223.525.0777.000 GRUPO: 13 DEB. AUTOMATICO: 000042764

TIPO DO CLIENTE	SEMANALMENTE	MENSALMENTE	OUT/2019
CORTADO	POTENCIAL	1	
ATUALIZADO	DATA ATUALIZADA	DATA LETR. ARQUIV.	DIA DE PAGAMENTO

AGUA
 LEIT ANT: 262 CONSUMO: 0
 LEIT AQU: 262
 LEIT FAT: 262

HISTÓRICO DE CONSUMO**REFERÊNCIA CONSUMO**

PERÍODO	VALOR	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT.	ANALISES	ATENDIMENTO
09/2019	00	EXIG. 2. 914/11	REALIZADAS	000042764
08/2019	00	60	60	27
07/2019	03	60	60	13
06/2019	04	60	60	60
05/2019	04	60	60	57
04/2019	02	60	60	60

MÉDIA: 02 Qualidade de Água: www.compresa.com.br

CB5.: (1)COLIFORMES TOTAIS: ABSÉNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2)OS PARÂMETROS: (1)FORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
 RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 (3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
 ASSOCIAÇÕES AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA
 RESIDENCIAL: 1 UNIDADE(S).

MULTA P/ IMPONTUALIDADE 09/2019
 TARIFA CORTADO JEC. 18.251/94 10/2019

0,26
 13,22

TIPO DE FATURA	VALOR FATURA	VALOR FATURA	VALOR FATURA
0,00	1,65	0,00	0,00
0,00	7,61	0,00	0,00

VENCIMENTO: 20/11/2019 TOTAL P/ PAGAR: 13,48

REMESSA:

IDENTIFIQUE-SE À EXISTÊNCIA DE 17 FATURA(S) PENDENTE(S), NO
 TOTAL DE R\$ 695,20. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



VENCIMENTO:
 20/11/2019

TOT.

LEIA O
 DOCUMENTO
 DESENVOLVIDO
 PELA COMPESA

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:

097.386.584-75

4 - Nome completo da vítima:

Thiago Gabriel Borbosa de Nogueira Pecino

6 - CPF:

097.386.584-75

5 - Nome completo:

Thiago Gabriel

7 - Profissão:

Bordadeiro

8 - Endereço:

R. Maria Isabel Brumque

11 - Bairro:

Copa

12 - Cidade:

Carapina

13 - Estado:

SP

15 - E-mail:

marcusassunca@hotmail.com

16 - Tel. (DDD): 81 / 9915 3756

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 SEM RENDA R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA: 1783

3

CONTA:

0024 796

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 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) Divorciado 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

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

nasceu (varônico)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

teve filhos?

 Não

Vivos:

Falecidos:

 Sim Não

Vivos:

Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Corumbá, 02/11/2019

Thiago Gabriel Borbosa

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Enc 001 0001/2010

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MÍNISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 015101673521

PE Nº 015101673521 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DENTRAN
1 1162488864 * * * * * 2019
THIAGO GABRIEL BARBOSA DE MENEZES
3 PEREIRA
CARPINHA - PE
097-316-584-75
PCP9648

THIAGO GABRIEL BARBOSA DE MENEZES
3 PEREIRA
CARPINHA - PE
097-316-584-75
PCP9648

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoradpvet.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1264

3 PEREIRA
CARPINHA - PE
097-316-584-75
PCP9648

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.248.600/0001-04

DETALHES E GUARDE O BILHETE DPVAT
SEU NOME DE PORTO OBRIGATÓRIO.



KOTE SEGURADORA
Erica Araujo
21/11/19