
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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE - CMH

ATESTADO MÉDICO

Nome:

Thiago Gabriel B. N. Santos 712023

Posto/Grad.

PM-1

A) Dispensa para Tratamento de Saúde (DTS)

Dispensado do serviço por

- 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 de serviço por

30 dias

deixando de contar com

25 dias

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

C) Atividade Especial de

Atividade Especial de

Exercícios Militares: ordem de marcha, marcha ou caminhada com ou sem armas, corrida com ou sem armas.

Exercícios Físicos: instrução com exercícios físicos de treinos, mesmo aquáticos, que exigem movimentos rápidos e sincronizados.

Exercícios Profissionais: atividades específicas policiais militares de natureza ou de guarda, a sua função que exige esforço físico, atividades exercidas fora da OME em que ative.

KOTE SEGURO
Erica Araujo
12/11/19



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE - CMH
ATESTADO MÉDICO

Nome: Thales B. Pereira Same nº: 712083

Posto/Grad. _____ Unidade _____

A) Dispensa para Tratamento de Saúde (DTS)

Dispensado do serviço por _____ dias, a contar _____

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

Devendo 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 30 dias, a contar de: 25/09/2020

Devendo ser cumprida fora da OME, em virtude da doença ou CID SCL

C) Apto a contar de _____

02/10/19

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

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

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
Diana



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE - CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
GUIA DE ALTA HOSPITALAR

André Felipe
Correio 403 515

KOTÉ SEGUROS
Erickson

Unidade de Intervenção	Apartamento	Quarto	Leito
DADOS DO PACIENTE			
Nome	Rafaela Silva		SAME
Responsável	B. Silva		SAME
Posto/Graduação	Unidade	Subunidade	SAME
Diagnóstico de Alta	culpa e		
Data da Intervenção	30/09/2020		
Precisa de Acompanhante	SIM	NAO	Precisa Ambulância
Condição de Alta	Apto	Transferido	LTS
Obito	Atestado Óbito	SIM	NAO
		Destino do Corpo	LPTS

MÉDICO-CREMEPE



SISMEPE

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

INFORMAÇÕES GERAIS			
Atendimento: 1571719	Data/Hora: 25/09/2019 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			
*ativo alta:		Data:	
Médico responsável:			

Thiago Gabriel Barbosa de Menezes Pereira, 27 anos, 1 mês, sexo masculino, estado civil solteiro, residente em Rua da Liberdade, 100, bairro da Liberdade, Recife, PE, CEP 51010-000. Possui CNH nº 123456789, validade 12/2020. É filho único, filho de George Antonio Celestino de Alencar e Maria da Glória Celestino de Alencar. Possui diploma de Bacharel em Direito, Universidade Federal de Pernambuco, 2015. Atualmente trabalha como advogado na firma de advocacia de sua mãe, Maria da Glória Celestino de Alencar, localizada na Rua da Liberdade, 100, bairro da Liberdade, Recife, PE. Possui endereço eletrônico: thiago.gabriel@adv.br. Possui endereço telefônico: 81997639454. Possui endereço residencial: Rua da Liberdade, 100, bairro da Liberdade, Recife, PE, CEP 51010-000.

Thiago Gabriel Barbosa de Menezes Pereira, 27 anos, 1 mês, sexo masculino, estado civil solteiro, residente em Rua da Liberdade, 100, bairro da Liberdade, Recife, PE, CEP 51010-000. Possui CNH nº 123456789, validade 12/2020. É filho único, filho de George Antonio Celestino de Alencar e Maria da Glória Celestino de Alencar. Possui diploma de Bacharel em Direito, Universidade Federal de Pernambuco, 2015. Atualmente trabalha como advogado na firma de advocacia de sua mãe, Maria da Glória Celestino de Alencar, localizada na Rua da Liberdade, 100, bairro da Liberdade, Recife, PE. Possui endereço eletrônico: thiago.gabriel@adv.br. Possui endereço telefônico: 81997639454. Possui endereço residencial: Rua da Liberdade, 100, bairro da Liberdade, Recife, PE, CEP 51010-000.

Thiago Gabriel Barbosa de Menezes Pereira, 27 anos, 1 mês, sexo masculino, estado civil solteiro, residente em Rua da Liberdade, 100, bairro da Liberdade, Recife, PE, CEP 51010-000. Possui CNH nº 123456789, validade 12/2020. É filho único, filho de George Antonio Celestino de Alencar e Maria da Glória Celestino de Alencar. Possui diploma de Bacharel em Direito, Universidade Federal de Pernambuco, 2015. Atualmente trabalha como advogado na firma de advocacia de sua mãe, Maria da Glória Celestino de Alencar, localizada na Rua da Liberdade, 100, bairro da Liberdade, Recife, PE. Possui endereço eletrônico: thiago.gabriel@adv.br. Possui endereço telefônico: 81997639454. Possui endereço residencial: Rua da Liberdade, 100, bairro da Liberdade, Recife, PE, CEP 51010-000.

Dr. George Antonio Celestino de Alencar
Osteopata
CRM 123456789

KOTE SEGURANÇA
Erica Araújo
12/11/19

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO



CMH - PMPE / CENTRO MEDICO HOSPITALAR
SERVICO DE ENFERMAGEM- CENTRO CIRURGICO

NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PACIENTE: <u>Thiago Gabriel Pinheiro de M. Pereira</u>	DATA: <u>14/09/1992</u>
SEXO: <u>M</u> GRUPO: <u>A</u>	UNIDADE: <u>27</u>
RESPONSÁVEL: <u>o mesmo</u>	
NOME: <u></u> GRUPO: <u></u>	UNIDADE: <u></u>
DATA: <u>02/10/19</u> EMERGENCIAL: <u>NÃO</u> SALA: <u>05</u>	
CIRURGIA: <u>Prostata de cancer Anelástico</u>	INÍCIO: <u>08:45</u> TÉRMINO: <u>10:00</u>
TIPO DE ANESTESIA: LOCAL <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input checked="" type="checkbox"/> RAQUID <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDACÃO <input type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> ENDOVENOSA <input type="checkbox"/> INAL <input type="checkbox"/> BALANÇADA <input type="checkbox"/>	INÍCIO: <u>08:30</u> TÉRMINO: <u>10:00</u> PORTE: <u></u>
CIRURGIÃO: <u>DRs Roberto e André</u>	NEONATOLOGISTA: <u></u>
1º AUXILIAR: <u></u>	ENFERMEIRA: <u>André</u>
2º AUXILIAR: <u></u>	CIRCULANTE: <u>Carla</u>
ANESTESISTA: <u>Nardel</u>	INSTRUMENTADOR: <u>Carlos (Emprego)</u>
TAXA DE EQUIPAMENTOS	HORA INÍCIO / HORA TÉRMINO / MATERIAL ESPECIAL (OPME) / QUANT.
APRILHO ANESTESIA	08:30 / 10:00 / Placa DCP C/07 orficio / 01
ASPIRADOR ELÉTRICO	1 / 1 / Placa 1/2 tubulário C/5 D. / 01
ARTROSCÓPIO/ SHAVING	1 / 1 / Parafuso Cortical / 11
HISTIRE <input type="checkbox"/> ELÉTRICO <input type="checkbox"/> ULTRASSÔNICO <input type="checkbox"/>	08:45 / 10:00
HISTIRE <input type="checkbox"/> TARGÔNICO <input type="checkbox"/> ILIGASUR <input type="checkbox"/>	
BOMBA <input type="checkbox"/> INFUSÃO <input type="checkbox"/> SANE <input type="checkbox"/> SERINGA <input type="checkbox"/>	
DISSOLUÇÃO <input type="checkbox"/>	
BRONCOSCOPIO	
BOTAS PNEUMÁTICAS	
CEL	
OTOSCÓPIO	
COLCLÃO TÉRMICO	
ENDOSCÓPIO	
FONTE DE LUZ	
CARROTE PNEUMÁTICO	
HISTEROSCOPIO	
INCUBADORA	
INTENSIFICADOR DE IMAGEM	
LASER	
MICROSCÓPIO	
MONITOR C/ OXICAMBIÓGRAFIA	
PAM	
RESSECTOSCOPIO/ URETROSCOPIO	
ULTRASSON	
VÍDEOLAPAROSCÓPIO	
OUTROS	
GASES MEDICINAIS	
AR COMPLETO	
CO2	
NITROGÊNIO	
O2	
PROTÓTIPO	
OUTROS	

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRCULANTE

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
22/11/19



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome do Paciente

Thiago Estrela B. R. R.

SAME

219-83-1

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura de ulna e rádio

Intervenção indicada:

Redução e fixação com placa e parafusos

Riscos estimados da

Intervenção

Elétrica

Emergência

Paliativa

Intervenção, indicado pelo

1 - Bom

2 - Bom

3 - Bom

cirurgião antes de operar

2 - Regular

3 - Regular

4 - Regular

3 - Mau

4 - Mau

5 - Mau

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

Cirurgião Dr:

Dr. Roberto R. R.

Anestesiologista Dr:

Dr. Nivaldo Costa

Auxiliares Drs:

Dr. R. R.

Instrumentadores:

Data da Intervenção:

02/10/19

Hora início:

Circulante:

Intervenção Feita:

Redução e fixação

Anestesia Praticada:

bloco

Diagnóstico Pós-Operatório:

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

- 1) Redução e fixação da fratura de ulna e rádio com placa e parafusos
- 2) Lavagem da ferida com solução fisiológica
- 3) Curativo com gaze e antisséptico
- 4) Redução e fixação da fratura de fêmur com placa e parafusos
- 5) Lavagem da ferida com solução fisiológica
- 6) Curativo com gaze e antisséptico
- 7) Redução e fixação da fratura de tíbia com placa e parafusos
- 8) Lavagem da ferida com solução fisiológica
- 9) Curativo com gaze e antisséptico
- 10) Redução e fixação da fratura de rádio com placa e parafusos
- 11) Lavagem da ferida com solução fisiológica
- 12) Curativo com gaze e antisséptico

CIRURGIÃO / CREMEPE Nº



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome do Paciente

Thiago Gabriel B. R. R.

SAME

219-83

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura antebraço E

Intervenção indicada:

no corpo do antebraço E

Riscos estimados da

intervenção, indicado pelo

cirurgião antes de operar

Eletiva

1 - Bom

2 - Regular

3 - Mau

Emergência

4 - Bom

5 - Regular

6 - Mau

Paliativa

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:

Dr. Roberto R. B. B.

Anestesiologista Dr:

Nadine Costa

Auxiliares Drs:

Dr. R. B. B.

Instrumentadores:

Circulante:

Data da Intervenção:

02/10/19

Hora início:

Fim

Intervenção Feita:

Anestesia Praticada:

bloqueio

Diagnóstico Pós-Operatório:

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

1) Realizada a DD do bloco braço antebraço

2) Ligeira dor + dor no antebraço

3) Dor no antebraço + dor no braço

4) Dor no antebraço + dor no braço

5) Dor no antebraço + dor no braço

6) Dor no antebraço + dor no braço

7) Dor no antebraço + dor no braço

8) Dor no antebraço + dor no braço

9) Dor no antebraço + dor no braço

10) Dor no antebraço + dor no braço

11) Dor no antebraço + dor no braço

12) Dor no antebraço + dor no braço

13) Dor no antebraço + dor no braço

14) Dor no antebraço + dor no braço

15) Dor no antebraço + dor no braço

16) Dor no antebraço + dor no braço

17) Dor no antebraço + dor no braço

18) Dor no antebraço + dor no braço

19) Dor no antebraço + dor no braço

20) Dor no antebraço + dor no braço

CIRURGIÃO / CREMEPE Nº

KOTE SEGURO
Erica Araújo
10/11/19



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR / BLOCO CIRÚRGICO

FICHA DE ANESTESIA

SAME: 718083-00

Nome: Thiago Leônidas Barbosa de Menezes Pereira
Data: 02/10/19 Clínica: Oftalmologia
Título do Plano: _____ Urgência: ☐ Sim ☒ Não

Idade: 27 Sexo: ☒ M ☐ F Estado civil: II
Peso real: _____ Peso ideal: _____ Peso calculado: _____

Posto/graduação: _____ SAME titular: _____ OME: _____

Cirurgia proposta: 8:30 9:30 10:30 Procedimento cirúrgico em perfuração
autoclava

HORA 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45

Nº _____ Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico _____

AGENTES: 1) Lidocaina 50 20 mL
2) Propofol 20 mL
3) Fentanyl 2
4) Sufentanil 100
5) Etomidato 100
6) Midazolam 100
7) Fentanyl 100

DOSE: 1) Lidocaina 2) 10 mg 3) Clonidina 4) 10 mg 5) Propofol
6) 10 mg 7) Sufentanil 8) 10 mg 9) Etomidato 10) 10 mg
11) Midazolam 12) 10 mg 13) Fentanyl 14) 10 mg 15) 10 mg
16) 10 mg 17) 10 mg 18) 10 mg 19) 10 mg 20) 10 mg

TÉCNICA: 1) Lidocaina 2) 10 mg 3) Clonidina 4) 10 mg 5) Propofol
6) 10 mg 7) Sufentanil 8) 10 mg 9) Etomidato 10) 10 mg
11) Midazolam 12) 10 mg 13) Fentanyl 14) 10 mg 15) 10 mg
16) 10 mg 17) 10 mg 18) 10 mg 19) 10 mg 20) 10 mg

OBSERVAÇÕES:

CRURGIA REALIZADA:

ANESTESISTA: Nardell Costa

CRURIOLOGO: José Roberto

TROCA DE ANESTESISTA: ☒ NÃO ☐ SIM NOME: _____

KOTE SEGURO
Erica Araujo
12/11/19



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome do Paciente

Luiza Gabriel R. de Menezes

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

Paliativa

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:

Auxiliares Drs:

Anestesiista Dr:

Instrumentadores:

Data da Intervenção:

Hora início:

Circulante:

Fim

Intervenção Feita:

Anestesia Praticada:

Diagnóstico Pós Operatório:

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

- 1) Paciente em D.D.A. sob anestesia
- 2) Anestesia + Antiespasmódico + bronco dilatações
- 3) Incisão abdominal + punção no plano
- 4) Imagem expansiva de 3º, 4º.
- 5) Gelatina + Curatela + Tala axila-gelatina.

ORR: Não houve complicações após a realização
a sutura do globo e punções cardíacas, foi colocada
a drenagem abdominal com suturas e tala axila-gelatina
acompanhada de curatela e observada.
Nacimentos de longa duração e sutura do globo

Dr. George Atencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 12501/FEOT-12/90



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR / BLOCO CIRÚRGICO

FICHA DE ANESTESIA

SAME: 718083-00

Nome: Thiago Spínici Barbosa de Azevedo

Idade: 27

Sexo: M

Estado físico: ASA II

Data: 25/09/19

Clinica: ortopedica

Urgência:

☒ Sim ☐ Não

Peso real: 64

Peso ideal:

Peso calculado:

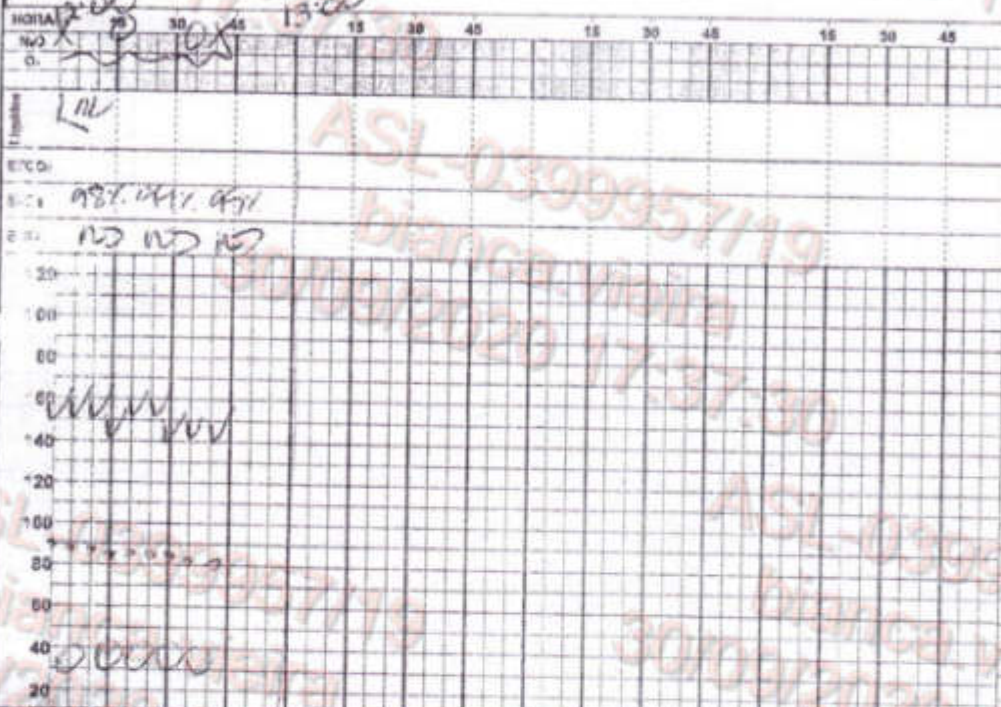
Título do Plano:

Posto/graduação:

SAME titular:

CME:

Cirurgia proposta:



Diagnóstico

Doenças associadas

Medicamentos em uso

NDA

Alergias

NDA

Passado cirúrgico

NDA

Complicações

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

AGENTES:

DOSE:

TÉCNICA:

1) Propofol
2) Fentanyl
3) Remifentanyl 0,5%
4) Ketorolac
5) Bupivacaína
6) Diprione

100mg
2mg
900mg
2g
100mg
2g

Ressecção de plexo linfático com
anestesia geral + um gatilho.

OBSERVAÇÕES:

Unidade cirúrgica em MSD (vazio
a de)

CIRURGI
REALIZADA:

ANESTESISTA:

CIRURGIÃO:

TROCA DE ANESTESISTA:

☒ NÃO ☐ SIM

NOME:

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
12/11/19



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

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

NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PACIENTE: Tiago Gabriel Carli de M. Pereira DN: 14/08/1992
RAMEL Nº: 1571719 GRAD: 0 UNIDADE: 05 IDADE: 27 anos

RESPONSÁVEL: O mesmo

SAME: 0 GRAD: 0 UNIDADE: 05
DATA: 25/09/2019 EMERGENCIAL: SIM ☒ NÃO: ☐ SALA: 05

CIRURGIA: Tratamento Cirurgico de fratura exposta INÍCIO: 12:10 TÉRMINO: 13:00

TIPO DE ANESTESIA: LOCAL ☐ BLOQUEIO ☒ RAQUI ☐ PERIDURAL ☐ SEDACÃO ☐
GERAL ☐ ENDOVENOSA ☐ INALATORIA ☐ BALANÇADA ☐ INÍCIO: 12:00 TÉRMINO: 13:00

CIRURGIÃO: Dr. George Alencar

NEONATOLOGISTA:

1º AUXILIAR:

ENFERMEIRA (O): Paula e Andre

2º AUXILIAR:

CIRCULANTE: Andre

ANESTESISTA: Dr. Ama Paula

INSTRUMENTADOR: Silva

TAXA DE EQUIPAMENTO:

HORA:

HORA: MATERIAL ESPECIAL (OPME):

QUANT:

APRELHO ANESTESIA

12:00

13:00

ASPIRADOR ELÉTRICO

ARTROSCÓPIO/SHAVING

BISTURI: (ELETRO) (ULTRASSÔNICO)

BISTURI: (JARGONICO) (LIGASURE)

BOMBA: (INFUSÃO) (ANNE) (SERINGA)

BERÇO AQUECIDO

BRONCOSCOPIO

BOTAS PNEUMÁTICAS

CEC

CITOSCÓPIO

COLCHÃO TÉRMICO

ENDOSCÓPIO

FONTE DE LUZ

GARROTE PNEUMÁTICO

HISTEROSCÓPIO

INCUBADORA

INTENSIFICADOR DE IMAGEM

LASER

MICROSCÓPIO

MONITOR C/ OXÍCAPNÓGRAFIA

PAM

RESSECTOSCÓPIO/ URETROSCÓPIO

ULTRASSON

VIDEOLAPAROSCÓPIO

OUTROS:

GASES MEDICINAIS

AR COMPRIMIDO

CO2

NITROGÊNIO

OXIGÊNIO

PROTÓXIDO

OUTROS

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Pact foi admitido no
B.C. consciente, orientado
e em boas condições. Se uma
intervenção cirurgica
segue si em normal
estado após o procedi-
mento o Pact é enca-
minhado p/ Gequa.

George

Dr. George Alencar
Enfermeira e Trauma
11/09/2019

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRCULANTE

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 ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2005

PLANTÃO: DIURNO ☒ NOTURNO: ☐ DATA DA ADMISSÃO: 25/09/19 Hora: 13:30 h
NOME: Thiago Gabriel Barbosa de M SEXO: M ENFERMARIA: 401 LEITO: 2
IDADE: 27 SAME: 71808300
PROCEDÊNCIA: ☐ Residência ☒ Setor de origem: SPA ☐ Outro serviço:
ESTADO CIVIL: Solteiro ESCOLARIDADE: Superior Ine PROFISSÃO: Bombeiro
RELIGIÃO: Protestante
MODO DE CHEGADA: ☐ Deambulando ☐ Cadeira de rodas ☒ Muletas
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Pol Traumatismo fratura exposta
CIRURGIA PROPOSTA: DATA: HORA DA CIRURGIA: hs
ALERGIA: ☒ NAO ☐ SIM ☐ Medicamentos ☐ Soluções ☐ Látex ☐ Alimentos QUAL (S)?

MEDICAÇÃO EM USO: nega
ANTECEDENTES PESSOAIS: ☐ Cardiopatia ☐ DM ☐ HAS ☐ Tuberculose ☐ Neoplasia ☐ Alteração Psiquiátrica ☐ Asma
☐ Tabagismo ☐ Etílico ☐ Uso de drogas (último uso: dias) ☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ Homodáctico vezes/dia
☐ Outros:

ANTECEDENTES CIRÚRGICOS: nega
Há quanto tempo?

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave
EMOCIONAL: ☒ Comunicativo ☐ Pouco comunicativo ☒ Calmo ☐ Depresso ☐ Tenso ☐ Ansioso
SISTEMA NEUROLÓGICO: PUPILAS: ☐ Mioticas ☐ Midriáticas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Fotorreceptores
☐ Reage a estímulos ☐ Não reage a estímulos ☐ Dormindo ☐ Ligeiro ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Torporoso
☐ Comatoso
Atitudes: ☒ Colaborativo ☐ Não colaborativo ☐ Agitado ☐ Choro ☒ Calmo ☐ Ansioso
CABEÇA E FACE: ☐ Unção ☐ Deformidades ☐ Sebáceas ☐ Presença de parasitas ☐ Edema ☐ Hematoma
☐ Hemorragia ☐ Processo inflamatório/infeccioso ☐ Outros:
☐ Lesões / local (s):

PELE E MUCOSAS: ☒ Normocrada ☐ Hipocrada ☒ Hipertrata ☐ Desidratada ☐ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Acanótica
☐ Anasarca ☐ Mosqueada ☐ Íntegra ☐ Escoriada / lacerada
☐ Descamativa ☐ Rash cutâneo ☐ Petéquias ☐ Hematomas ☐ Alérgicas ☐ Pictóricas ☐ Queimadura "grau
Turgor: ☒ Normal ☐ Diminuído ☐ Lesão por pressão (categoria:) ☐ Outros:

SISTEMA CARDIOVASCULAR: PULSO: ☒ Choro ☐ Filiforme ☐ Fimido ☐ Arritmico ☐ Taquissígnia ☐ Bradissígnia
☒ Normotenso ☐ Hipertenso ☐ Hipotenso ☐ Normocárdico ☐ Taquicárdico ☐ Bradicárdico
☐ Edema: ☒ Ausente ☐ Presente Local:

REGULAÇÃO TÉRMICA: ☒ Afebril ☐ Subfebril ☐ Hipotermia ☐ Febril ☐ Hiperpexia

SISTEMA RESPIRATÓRIO: ☒ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ BAH ☐ Tiragem ☐ Roncos
☐ Sibilos ☐ Estertores ☐ Crepantes ☐ Frêmitos ☐ Tosse seca ☐ Tosse produtiva ☐ Expectoração espontânea

Tipos de ventilação: ☒ Espontânea/ao ambiente ☐ oxigenoterapia ☐ cateter nasal ☐ mm ☐ cpap %
☐ Venturi ☐ TDT ☐ Outro

SISTEMA GASTROINTESTINAL: CAVIDADE ORAL: Lesão ☐ Sim ☒ Não Qual?

Língua: ☐ Saburosa ☐ Lesão ☐ Outros: Labios: ☐ Espessos ☐ Cianose/palidez

NUTRIÇÃO: ☒ Boa oral ☐ SNE ☐ GTT ☐ SNG Resíduo gástrico: ☐ Claro ☐ Bilioso ☐ Amarelado ☐ Sangrento
☐ Bora de café ☐ Volume: ml

KOTE SEGURO
Erica Araujo
20/11/19

ABDOMEN: ☒ Plano () Semi-globoso () Globoso ☒ Flácido () Ascítico () Distendido () Tenso () Indolente
() Doloroso Local () Timpânico () RHA presentes () RHA ausentes Vireo/megálicas () Ausente () Presente

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: () Normal () Constipação () Diarreia () Vômitos
Cor: () Gordo () Fétido () Característico () Fatores () Outros

SISTEMA GENITURINÁRIO: () Presente () Ausente () Espontânea () Fraca () SVD () Cistostomia
Data de instalação: / /
Volume: ml () Disúria () Polaciúria () Poliúria Aspecto: () Amarelado citrino () Concentrada () Depósito
() Deposição () Hematuria () Outros

SISTEMA OSTEO-ARTICULAR: () Luxações () Fratura () Outros
Local: MSE

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO: Mobilidade: ☒ Ativa () Passiva Movimentos Conservados: () Não () Sim
Força Motora: () Não ☒ Sim () MMSS ☒ MMII Observações:

PARÂMETROS CLÍNICOS

PESO: 63 kg ALTURA: 1,67 cm

Horário: 13:30 h Temperatura: °C Respiração: rpm Pulso: bpm
Tensão Arterial: X mmHg Frequência Cardíaca: bpm HGT: mg/dL

Dieta zero: Apagar a partir de 13 hs data: / /

OBS: FERIDA OPERATÓRIA:
☒ Limpa ☒ Cautivo Oculativo
() Secretiva
Aspecto: RESERVA DE HEMOCOMPONENTES:
() Não () Sim
MATERIAL SOLICITADO: Quantidade/volume:

ACESSO VENOSO: ☒ Periférico () Central
Local: MSE
Data da punção: / /

USO DE ANTIBIÓTICOS: () Não ☒ Sim
INÍCIO: Cefazolina
Qual(is)? 25/09/19

CLASSIFICAÇÃO SANGÜÍNEA: RESERVA DE LEITO EM UTI:
() Não () Sim
Tipo: ENCAMINHADO: () PRONTUÁRIO
Aspecto da drenagem: () EXAMES LABORATORIAIS
() Não () Sim
() ECG () TC () ECG () TC
() RM () OUTROS

FATOR Rh: 25/09/19

VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE - ETAPA 1 - UNIDADE DE INTERNAÇÃO

() Checar dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)
() Procedimento cirúrgico confirmado
() Jejum confirmado
Tricotomia: () Sim () Não, realizar no bloco cirúrgico
Lesão cutânea: () Não () Sim Qual? ASL-0399957/19
Higiene corporal com antisséptico: () Sim () Não
Cabelos enxutos: () Sim () Não
Esvaziamento vesical: () Sim () Não
Esvaziamento intestinal: () Sim () Não
Uso de gorro, propés e roupa cirúrgica: () Sim () Não
Alergia: () Sim () Não

Retirada de adornos e piercing: () Sim () Não se aplica
Retirada de próteses, lentes, óculos: () Sim () Não se aplica
Retirada de roupas íntimas: () Sim () Não se aplica
Retirada de esmalte: () Sim () Não () Não se aplica
Exames Realizados: () Imagem () Laboratoriais
Parcer Cardiológico: () Sim () Não
() Termo de Consentimento e Esclarecimento Assinado
() Consentimento anestésico
() Prontuário e exames conferidos e completo ()
() Consentimento Cirúrgico Sim/Lateralidade
Respiração espontânea: () Sim () Não
Hipertensão: () Sim () Não
Febre nas últimas 24hs: () Sim () Não

VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE - ETAPA 2 - ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO CENTRO
(Realizada pelo profissional de enfermagem junto ao médico no Centro cirúrgico)

Paciente confirmado: () Sim () Não
Prontuário e exames conferidos e completo: () Sim () Não
Paciente mantido em sala com grades elevadas: () Sim () Não

Observações:

DATA: 25/09/19 HORA: 13:30 h ENFERMEIRO(CO)REN: Maciana G. Couto
Assinatura: Maciana G. Couto ENF
Carimbo: Maciana G. Couto ENF



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01- Nome do Paciente

Ilaiago Gabriel Barbosa de Moraes Pereira

02 - Data: 25/09/19

03 - Hora: 13:30

04 - Nº Prontuário

401.2

Enfermagem

Paciente internado ao B.E. em POI tratamento de fratura exposta em MSE, com curativos, eventuais medicações, suporte, afibração de V.O. e uso de óxido de nitrogênio, ACP em MSD, Punção eclusiva em F.O. em MSE, sem queixas. Segue sob cuidados da equipe de SGT. Mariana Couto - ENF.

Às 20:30h Pte. q/ queixa de dor (E) + edematização porém relata que no exame feito não acusou nada de anormal. Ver. cl. MA. Segue em OBS no leito - MCP. 25/09/19

25/09/19
Enfermeiro
MCP 204.874

1º A.M.

ATB atualizado (D1)

Fratura exposta antebraço R

permanecer em observação de rotina provida

em observação de rotina

manter ATB

25/09/19
Enfermeiro
MCP 204.874

26/09/19

KOTE SEGUI
Erica Amorim
20/11/19

ASL-0399957/19
bianca.vieira

30/09/2020 17:37:30

26/09/19

Exatidão

Si quicquid est

Exatidão de 25 x 53 mm

Si est

110 x 30 mm

Elb = RPA no nariz

pusco GRAU I

Dr. Vinicius Melo Filho
Cardiologia - Hemodinâmica
CRM-PE - 0369

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

26/09/19 Enfis. moder. = 25 x 13 mm. HD 4.000 ml. Cerebro em pat. normal. MSE, Comunk, exatidão, suprema, aprim. do toque, diam. media AVP MSD (T. 29/09), auscultando dula pivo, não condutibilidade tem o sono de-
monk a noite cluido no 1.º, 2.º e 3.º. lata aulopar. Eliminação
fisiológicas: DDEO. Foi avaliado Dr. Eduardo, relatado do lab p/ cimento
em p/m e foi dado parecer. Cuidado p/ Dr. Vinicius. Tague aos cuidados.

Raiana Paquino
COREN-PE 15.072 - EN

27.09.19 em 12.30h. Relato: Juntos EGT, com as 12h
orientado. Juntos, aprim. do toque, diam. media AVP MSD (T. 29/09), auscultando dula pivo, não condutibilidade tem o sono de-
monk a noite cluido no 1.º, 2.º e 3.º. lata aulopar. Eliminação
fisiológicas: DDEO. Foi avaliado Dr. Eduardo, relatado do lab p/ cimento
em p/m e foi dado parecer. Cuidado p/ Dr. Vinicius. Tague aos cuidados.

ASL-0399957/19
bianca.vieira

30/09/2020 17:37:30

ASL-0399957/19
bianca.vieira

30/09/2020 17:37:30

Solange Fernandes
CRM-PE 036922



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01 - Nome do Paciente

THIAGO GOMES BULHÃO de 17

02 - Data:

27/09/19

03 - Hora:

04 - Nº Prontuário

27/09/19

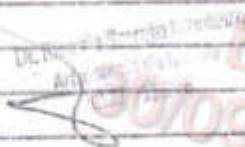
4ª aula

Tecido muscular

fusão epia

cu ha = data

Cura 4 = mo



28/09/19

4ª aula

fusão de tuf. p. m. a.

Seu grau alto

Cond.

VRM
Cura 4 = mo

* Enfermagem

28/09/19

Paciente em 3º DP. Fratura exposta MC admissa em EGR, com
contato, orientado, calmo, verbaliza, desinibido, corado, mem.
temas, raciocínio, anedônico, eufórico, copulativo no momento, lúcido,
lucido e sensível. Janela de visão pl. vs. AP MD (25/09). Diminuição de força
pares (osc). Bom uso de fala axilopalmar. Aguarda confirmação
de curvas de punho pl. 02/10. Deixar aos cuidados da enfermagem.

19/09/19

Integridade

na 1a man

atual, de modo

Alçada com

→  

30/9/15

atual

Fratura exposta de punho e
quadrado após 10 dias de cura
sem quebra. Deixar punho

condição: Maduro

Dr. SANDRELLI ARANHA
Ten. Cel. PM QOM
Osteod. - Traumatologia
CRM-37



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01 - Nome do Paciente

Thiago Gabriel Barbosa de Rezende Pereira

02 - Data: 30/09/19

03 - Hora: 08:06

04 - Nº Prontuário

Enfermagem; Paciente evolui em 5º PPD fratura exposta, MSE, EGR, consciente, orientado, comunicativo, deambula, amigável, acianótico, normotenso, eufórico, afebril no momento, recebe dieta por VO com boa aceitação, A/D em MD (28/09), eliminação fisiológica: D ⊕, E ⊕, ur. Em uso de fola axilopalmar. Aguarda confirmação de cirurgia de punho para 02/10. Relata dor em local da cirurgia. Segue aos cuidados da equipe. Acd. de Enfermagem Pb.

Mariana Couto
CRM-PE 47535-ENE

01/10/19 - Autônomo

Paciente com curativo
pro auto

Dr. Ricardo Barbosa Moura
Atendimento ao Centro
CRM-PE 47535-ENE

02/10/19

Autônomo

Paciente evolui bem
no uso de fola axilopalmar
e curativo

Sol R. Couto

At. em 02/10/19

29/09/19 G. Couto

Nome: Grisei Barbara Karyza LEITO: 4012 SAME: 418083
Data: 03/10/19 Horário: 14:00 N: 7100

Assinatura do Técnico de Manutenção - Nº COREN/PE 7. CARIMBO

KOTE SÉGU
Erica Araújo
12/11/19

NOME DO PACIENTE: Thiago Gabriel Barbosa de Menezes

PLANTÃO: DIURNO

() NOTURNO

Data: 01/10/19

Horário: 07:00

LEITO: 19:00

SAME: 4m. 2

Estado Geral: () Bom (X) Regular () Comprometido () Grave

Nível de Consciência: (X) Orientado () Desorientado () Comatoso () Ausente

Emoção: (X) Calma () Ansiosa (X) Comunicativa () Depressiva () Irritável

Respiração: (X) Espontânea () Dispendiosa () Torçiva () Obstruída () Ausente

Cordeiro de O2: () Ausente () Presente

Pele e mucosas: (X) Normocrômica () Hipocrômica () Hipercrômica () Anódica () Acetônica

Pressão de líquidos: () Marçosa () Vascular () Edema () Escorregadia () Escorregadia

Regulação térmica: (X) Abaixo () Acima () Normal () Superferviente () Hipotermia () Hipertermia

Pulso: (X) Regular () Arritmico () Taquicárdico () Bradicárdico () Ausente

Pressão Arterial: (X) Normotensa () Hipotensa () Hipertensa () Ausente

Esquema: (X) Ausente () Presente

Eliminação:

Diurise: (X) Presente () Ausente

() SVD Volume de 12 h: ml

12 às 06 h: ml

Exercício: () Presente () Ausente

() Dificuldade () Normal

Alimentação: (X) Boa () Regular () Não aceita

Alimentação: (X) Boa () Regular () Não aceita

Alimentação: (X) Boa () Regular () Não aceita

Alimentação: (X) Boa () Regular () Não aceita

Alimentação: (X) Boa () Regular () Não aceita

Alimentação: (X) Boa () Regular () Não aceita

Alimentação: (X) Boa () Regular () Não aceita

Alimentação: (X) Boa () Regular () Não aceita

Alimentação: (X) Boa () Regular () Não aceita

Alimentação: (X) Boa () Regular () Não aceita

Alimentação: (X) Boa () Regular () Não aceita

Alimentação: (X) Boa () Regular () Não aceita

Alimentação: (X) Boa () Regular () Não aceita

Alimentação: (X) Boa () Regular () Não aceita

Alimentação: (X) Boa () Regular () Não aceita

Alimentação: (X) Boa () Regular () Não aceita

Alergia medicamentosa: (X) Não () Sim qual?

ESCALA DA DOR



Local: inferior

Verbo: () Sim () Não

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

Local: M. d. da coxa

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

(X) Prontuário e exames conferidos e completos

REGIÕES MAIS ACOMETIDAS POR UPP



ENFERMAGEM

LOCAL: ASPECTO: COR: SOLUÇÕES:

Paciente encaminhado ao Bloco

Operação ao 08:00hs. Lúcia

Paciente retornou ao 10:50hs. Lúcia

Assinatura do Técnico de Enfermagem - N.º COREN-PE e CARREGO

Maria Luísa 184.442

Correu:

GMH - PMPE
PRESCRIÇÃO MÉDICA Nº

1ª - Via - Prescritor
2ª - Via - Farmácia

Paciente: Thayz Gabriel Sexo: M F Data de nascimento: 1/1/1991 Registro: 6
Setor de internação: 6001 Enfermaria: 401-2 Leito: 2 Apartamento: 2 TIT. ☐ DEP. ☐

DATA: 30/09/2020 9 1 19 ☐ Autorizado acompanhante DIA: 1 1 1 HORÁRIO: 17:37:30

MEDICAMENTOS / CUIDADOS		HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
① <u>medicamento</u>		SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN
② <u>100 mg</u>		Manten	Manten	Manten	Manten	Manten	Manten	Manten	Manten
③ <u>100 mg</u>		17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30
④ <u>100 mg</u>		17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30
⑤ <u>100 mg</u>		17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30
⑥ <u>100 mg</u>		17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30
⑦ <u>100 mg</u>		17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30
⑧ <u>100 mg</u>		17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30
⑨ <u>100 mg</u>		17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30
⑩ <u>100 mg</u>		17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30	17:37:30

ASSINATURA DO MÉDICO

CMH - PMPE
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº

1ª Via - Prescrição
2ª Via - Farmácia

Paciente: Trigo, Celso B. de Souza
Sócio M. F. Sato M. F.

Definir: 40.1
Lado: 1

SAME: 318083-90
Registro: 2

Apresentar: Dep.

Data: 1/1/19

☐ Autorizado acompanhante

Dir: 22/01/19

Dir: 26/09/19

Dir: 02/09/19

Dir: 28/09/19

Dir: 29/09/19

MEMORANDOS DE PRESCRIÇÃO

1) Pré-limite após análise

2) 3 AT 1000 ml 1/1 2 1/4

3) Chlorhexidine 1g + H₂O 150 ml 6/6h.

4) Dispersão 2mg + H₂O 6/6h.

5) Pré-limite 1g + H₂O 150 ml 6/6h.

6) Tylenol 300 mg 8/8h. S/N

7) Clonazepam 1mg 1/1 1x ao dia.

8) Clonazepam 1mg

9) Pré-limite 1g + H₂O 150 ml 6/6h.

10) Pré-limite 1g + H₂O 150 ml 6/6h.

11) Pré-limite 1g + H₂O 150 ml 6/6h.

ASSINATURA DO MÉDICO

HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO
5ND	5ND	5ND	5ND	5ND
10	10	10	10	10
15	15	15	15	15
20	20	20	20	20
25	25	25	25	25
30	30	30	30	30
35	35	35	35	35
40	40	40	40	40
45	45	45	45	45
50	50	50	50	50
55	55	55	55	55
60	60	60	60	60
65	65	65	65	65
70	70	70	70	70
75	75	75	75	75
80	80	80	80	80
85	85	85	85	85
90	90	90	90	90
95	95	95	95	95
100	100	100	100	100

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

Atenção

NOME DO PACIENTE: Carla
PLANTÃO: 1 DIURNO () NOTURNO

Date: 30/09/2020 Horário: 08:00 h 19:00 h

LEITO: 4012

SAME: 718083-00

Estado Geral: () Bom (x) Regular () Comprometido () Grave

Nível de Consciência: (x) Orientado () Desorientado () Comatoso (x) Acordado
() Estade () Sonolento () Torporoso

Emoção: (x) Calmo () Irritado (x) Comunicativo () Deprimido
() Tenso () Ansioso

Respiração: (x) Espontânea () Dispnéia () Taquipnéia
() Bradipnéia (x) Esforçada ar ambiente () Catele de O₂

Pele e mucosas: (x) Normocrômica () Hipocrômica (x) Hiperálica
() Desidratada () Anidética () Ictérica () Clorótica

Presença de batido: () Maltado () Vascular () Local
() Equivocado/normal () Cretas () Escarificação

Regulação térmica: (x) Abaixa () Fere () Superf
() Hipotermia () Hipertermia

Pulsos: (x) Ritmo () Artrias () Taquicardia () Bradicardia

Pressão Arterial: (x) Normotensa () Hipotensa () Hipertensa

Esfera: () Ausente () Presente

Local: _____

Eliminações:

Diurese: (x) Presente (x) Espontânea () Ausente
() SVD Volume: 06 às 18 h: _____ ml

Evacuação: () Presente () Normal () Ausente
() Diurese: _____ vezes Contingência: _____ dias

Orbita: () Hora da última refeição: _____ h

Presença de ceto: Zero () Sim () Não, Qual? _____

Alimentação: (x) NO () SNU () SNE () Gastronomia

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

Alergia medicamentosa: (x) Não () Sim quais? _____

ESCALA DA DOR

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Local: _____

Vindicar: () Sim () Peritica () Corra () Não
() Não Indicar Local Data da punção: _____

Smalls fisiológica: () Não () Sim, qual? (a7)

Local: _____

ANTIBIÓTICOS: (x) Sim Início: 25/09/20
() Não Exatidão: 16

FERIDA OPERATÓRIA: () Não () Sim

Local: _____

Aspecto: _____

Curativo: () Sim () Não

Local: _____

Aspecto: _____

Solução utilizada: _____

Assinatura do técnico de enfermagem - W COHEN PE E CARIMBO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

(x) Prontuário e exames conferidos e completo

REGIÕES MAIS ACOMETIDAS POR UPP

LOCAL ASPECTO COR SOLUÇÕES

ASINATURA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - W COHEN PE E CARIMBO

KOTE SEGUROS
Erica Araújo

009.000
401-2 SAME: 718083-0

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

RECIDES MAIS ACOMETIDAS POR UM

INFERMAGENT

ANTONIO JACOBI, (D) Sen. INCISE
(1) NRO
Cephalo + ma

Aspects:

Local: _____

1

 The person's face is shown in four different states: neutral, smiling, crying, and angry.

SÉCRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SETOR:

SANE: 718083-00

119

[illegible]

NOME DO PACIENTE: **TIAGO GABRIEL BARBOSA**

PLANTÃO: **DIURNO**

() NOTURNO

Data: **26/09/19**

LEITO: **401-2**

Horário: **07:00 h**

SAME: **718083/00**

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

(X) Prontuário e exames conferidos e completo

REGIÕES MAIS ACOMETIDAS POR UPE



EMERGENCIA DO PACIENTE

LOCAL ASPECTO/COR SOLUÇÕES

ESCALA DA DOR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Local: **Abdomen** Intensidade: **4**

Modo: **Sim** () Não

Local: **MSD** Data da pontuação: **26/09/19**

Sinal: **Não** () Sim

Local: **Abdomen** Intensidade: **4**

Modo: **Sim** () Não

Local: **MSD** Data da pontuação: **26/09/19**

Sinal: **Não** () Sim

Local: **Abdomen** Intensidade: **4**

Modo: **Sim** () Não

Local: **MSD** Data da pontuação: **26/09/19**

Sinal: **Não** () Sim

Local: **Abdomen** Intensidade: **4**

Modo: **Sim** () Não

Local: **MSD** Data da pontuação: **26/09/19**

Sinal: **Não** () Sim

Local: **Abdomen** Intensidade: **4**

Modo: **Sim** () Não

Local: **MSD** Data da pontuação: **26/09/19**

Sinal: **Não** () Sim

ASSINATURA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: **[Assinatura]**

ASSINATURA DO COORDENADOR DE ENFERMAGEM: **[Assinatura]**

NOME DO PACIENTE: Lucas Gabriel Rodrigues de Azevedo

PLANTÃO: DIURNO () NOTURNO

Data: 05/06/2020

Horário: 07:00

SANE: 118083-00

Estado Geral: () Bem (x) Regular () Comprometido () Grave
Nível de Consciência: () Orientado () Desorientado () Comatoso () Acordado
() Sociável () Solitário () Torporoso
Emocional: (x) Calmo () Irritado (x) Comunicativo () Deprimido () Ansioso

Respiração: (x) Espontânea () Obstruída () Sibilante
() Bifurcada (x) Espontânea em ambiente
() Caxer de O2
() Ocaso

Pele e mucosas: (x) Normocrômica () Hipocrômica () Ictérica () Cianótica
() Desidratada () Edematosa () Escaldada () Carbunculada
() Acidótica

Presença de lesões: () Manchas () Vesículas () Bólas () Escoriações
() Eritema ou hematomas () Crustas () Erosões () Fístulas
Outras: ()

Regulação térmica: (x) Anormal () Normal () Hipotermia () Hipertermia
() Hipotermia () Hipertermia

Pulso: (x) Rápido () Lento () Irregular () Fibrilante
Pressão Arterial: (x) Normotensa () Hipotensa () Hipertensa
ECG: () Anormal (x) Normal

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

Exatidão da medicação: () Presente () Ausente

Exatidão da higiene: () Presente () Ausente

Exatidão da mobilização: () Presente () Ausente

Exatidão da avaliação: () Presente () Ausente

Alargamento da consciência: (x) Não () Sim, quais? Lucas



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA
Local: Intestinal
Verbal: (x) Sim (x) Previsão () Não
() Não indicado Local: Intestinal Data da avaliação: 05/06/2020
Local: Intestinal () Não () Sim () Não

Alargamento da consciência: (x) Não () Sim, quais? Lucas

Alargamento da consciência: (x) Não () Sim, quais? Lucas

Alargamento da consciência: (x) Não () Sim, quais? Lucas

Alargamento da consciência: (x) Não () Sim, quais? Lucas



PROBLEMAS MAIS ACOMETIDOS POR UPF
CONFIRMAÇÃO DO PACIENTE: nome completo e número do prontuário (x) Sim () Não
(x) Pronto e exames conferidos e completo

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
LOCAL: Intestinal ASPECTO: Cor SOLUÇÕES: Admitir paciente mais

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
LOCAL: Intestinal ASPECTO: Cor SOLUÇÕES: Admitir paciente mais

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
LOCAL: Intestinal ASPECTO: Cor SOLUÇÕES: Admitir paciente mais

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
LOCAL: Intestinal ASPECTO: Cor SOLUÇÕES: Admitir paciente mais

KOTE SEGURO
Erica Arr
21/11/19

CMH - PMPE
PRESCRIÇÃO MÉDICA Nº

1º - Mãe: Perceite
2º - Mãe: Fátima

Paciente: Prigo Gabriel B de Moura Sexo: M F 1 Data Intern.: 11/10/19 SAME: 1 Registro: 1
Setor de Internação: Enfermaria Leito: 1 Apartamento: 1 TIT: ☐ DEP: ☐

DATA: 04/10/19 ☐ Autorizado acompanhante

MEDICAMENTOS / CUIDADOS		DIA 05/10/19	DIA 06/10/19	DIA 11/10/19	DIA 12/10/19
	HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO
1) Dieta livre	SND	SND			
2) 1 compressa	12h	12h			
3) Dose de 100 + 50 50 50 50 50	12h	12h			
4) 100 + 50 100 50 100 50	12h	12h			
5) 100 + 50 100 50 100 50	12h	12h			
6) 100 + 50 100 50 100 50	12h	12h			
7) 100 + 50 100 50 100 50	12h	12h			
8) 100 + 50 100 50 100 50	12h	12h			
9) 100 + 50 100 50 100 50	12h	12h			
10) 100 + 50 100 50 100 50	12h	12h			
11) 100 + 50 100 50 100 50	12h	12h			
12) 100 + 50 100 50 100 50	12h	12h			
13) 100 + 50 100 50 100 50	12h	12h			
14) 100 + 50 100 50 100 50	12h	12h			
15) 100 + 50 100 50 100 50	12h	12h			
16) 100 + 50 100 50 100 50	12h	12h			
17) 100 + 50 100 50 100 50	12h	12h			
18) 100 + 50 100 50 100 50	12h	12h			
19) 100 + 50 100 50 100 50	12h	12h			
20) 100 + 50 100 50 100 50	12h	12h			

ASSINATURA DO MÉDICO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA

RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2000

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

NOME: Thiago Gabriel Barbosa

SANE: 718083-00

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 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 <input type="checkbox"/> Risco/Troca 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"/> Perfusão 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, dispnéia, bradipnéia, BAH, etc.) <input type="checkbox"/> Instalar: () Cateter nasal () /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 checked="" 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"/> Pesquisar 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, dispnéia, 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 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 type="checkbox"/> Verificar presença de sinais flogísticos; <input type="checkbox"/> Realizar troca diária de curativo utilizando técnica asséptica <input checked="" type="checkbox"/> Trocar de equipamentos e lornesinhas em 24/24 <input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso periférico em 96/96 <input type="checkbox"/> Realizar limpeza concorrente no leito e equipamentos; <input 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 analgica <input checked="" type="checkbox"/> Outros:

KOTE SEGURO
Erica Araujo
22/11/19

<input checked="" type="checkbox"/> Risco para trauma/queda	<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: <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:	<input checked="" type="checkbox"/> Ajudar 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 ____ f ____ 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 anatómica <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Obstrução anatómica <input type="checkbox"/> 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:	
<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:	<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 type="checkbox"/> Risco de integridade tissular 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:	<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 travessô no <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	<input type="checkbox"/> Ajudar 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"/> Pontencial para temperatura corporal relacionada à: <input checked="" type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar a temperatura a cada ____ f ____ h <input type="checkbox"/> Realizar meios físicos de ____ f ____ 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	<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>	Leda Calado Enfermeira COREN: 476.200	

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA

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

RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2020

NOME: Isadora Gabriel D. de M. Pereira SANE: 718083-00 LEITO: 401102

DATA: 28/09/19

<input checked="" type="checkbox"/> Risco/Ansiedade relacionado à: <input type="checkbox"/> Medo do desconhecido <input 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 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"/> Perfusão tissular prejudicada <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Elevar decúbito à: <input type="checkbox"/> 30° <input type="checkbox"/> 60° <input type="checkbox"/> 90° <input type="checkbox"/> Observar, registrar e comunicar sinais de desconforto respiratório (tosse, alteração de saturação, dispnéia, bradipnéia, BAH, etc.) <input type="checkbox"/> Instalar: <input type="checkbox"/> Cateter nasal <input type="checkbox"/> Vmin <input type="checkbox"/> Máscara facial <input type="checkbox"/> 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 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 () 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"/> Pesquisar 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, dispnéia, 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 hemograma, 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/hemograma/uréia e creatinina <input type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Risco para Infecção <input type="checkbox"/> Risco para Transmissão de Infecção relacionado à: <input type="checkbox"/> Infecção <input checked="" 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 type="checkbox"/> Realizar troca diária de curativo utilizando técnica asséptica <input type="checkbox"/> Trocar de equipes e torneirinhas em ____ / ____ <input type="checkbox"/> Trocar acesso periférico em ____ / ____ <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 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 analgésica <input type="checkbox"/> Outros:

KOTÉ SEGUNDA
Erica Araújo
21/11/19

<input type="checkbox"/> 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 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"/> Deficit 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:	<input type="checkbox"/> Ajudar na deambulação 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 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"/> Obstrução anatômica <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Obstrução anatômica <input type="checkbox"/> 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:	
<input type="checkbox"/> Risco/Constipação <input type="checkbox"/> Risco/Diarréia <input type="checkbox"/> Risco/Nutrição alterada: ingestas 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:	<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 type="checkbox"/> Risco de integridade tissular prejudicada relacionada à: <input type="checkbox"/> Deficit nutricional <input type="checkbox"/> Excesso/Deficit de volume de líquido <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Fatores mecânicos <input type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Outros:	<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 travesseteiro <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	<input type="checkbox"/> Ajudar na deambulação 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"/> Pontecial 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Aquecer o paciente <input type="checkbox"/> Outros:	11/12/2020
<input type="checkbox"/> 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:	
ENFERMEIRO:	COREN:	11/12/2020

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA

RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/ 2009

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

GEQUAR

NOME: Thiago Gabriel B. M. Pereira

LEITO: 401-02

DATA: 30/09/19

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
<input checked="" type="checkbox"/> Risco/Ansiedade relacionada 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 dos sentimentos; <input checked="" type="checkbox"/> Explicar procedimentos antes de realizá-los; <input checked="" type="checkbox"/> Outros:	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco/Padrão respiratório ineficaz Relacionado à: <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> Obstrução ineficaz das vias aéreas <input type="checkbox"/> Perfusão tissular prejudicada <input checked="" 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, dispnéia, bradipnéia, B.A.N., etc.) <input type="checkbox"/> Instalar: () Cateter nasal () Umin () 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 checked="" 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"/> Pesquisar 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, dispnéia, 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 Relacionado à: <input type="checkbox"/> Risco para Transmissão de Infecção <input checked="" type="checkbox"/> Infecção <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input 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 equipamentos e torneirinhas em 24/24 h <input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso periférico em 96/96 h <input type="checkbox"/> Realizar limpeza concorrente no leito e equipamentos; <input 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 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 antálgica <input checked="" type="checkbox"/> Outros:	

<input checked="" type="checkbox"/> Risco para trauma/queda	<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 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 a: <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:	<input type="checkbox"/> Ajudar 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 a: <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	<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: ingest menor que as necessidades corporais Relacionado a: <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:	<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 type="checkbox"/> Risco de integridade tissular prejudicada relacionada a: <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:	<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 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 type="checkbox"/> Mobilidade no leito prejudicada	<input type="checkbox"/> Ajudar na deambulação 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 type="checkbox"/> Pontecial para temperatura corporal relacionada a: <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 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	<input type="checkbox"/> Ofertar apoio emocional <input type="checkbox"/> Orientar a família quanto suporte emocional à paciente <input type="checkbox"/> Outros:	

ENFERMEIRO:

Leda Calado

Mariana Couto
Coord. PF - ENF

COREN:

Leda Calado
Enfermeira
COREN: 476.259

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA

RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2009

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

GEQUAR

NOME: Thiago Gabriel B. M. Pereira SAM: 7180838 LEITO: 401-02 DATA: 30/09/19

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
<input checked="" type="checkbox"/> Risco/Ansiedade relacionado à: <input checked="" type="checkbox"/> Medo do desconhecido <input 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 dos sentimentos; <input checked="" type="checkbox"/> Explicar procedimentos antes de realizá-los; <input checked="" type="checkbox"/> Outros:	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco/Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Risco/Troca de gases prejudicada Relacionado à: <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> Obstrução ineficaz das vias aéreas <input type="checkbox"/> Perfusão tissular prejudicada <input checked="" 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, dispnéia, bradipnéia, BAH, 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 ____ min <input type="checkbox"/> Manter exatidão de pulso e realizar rodizio de sensores ____ h <input type="checkbox"/> Realizar gasometria conforme prescrição <input type="checkbox"/> Trocar sistema de aspiração em ____ h <input checked="" 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, dispnéia, 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 type="checkbox"/> Risco para Transmissão de Infecção relacionada à: <input type="checkbox"/> Infecção <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input 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 equipamentos e torneirinhas em 24h <input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso periférico em 96h <input type="checkbox"/> Realizar limpeza concorrente no leito e equipamentos; <input type="checkbox"/> Utilizar EPI <input checked="" type="checkbox"/> Outros:	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco/dor relacionado à: <input type="checkbox"/> Patologia de base <input 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 antiálgica <input checked="" type="checkbox"/> Outros:	

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA

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

RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2009

NOME: Thiago Gabriel B. M. Pereira

SANE: 31809310 LEITO: 401-02

DATA: 27/09/19

<p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Risco/Ansiedade relacionado à:</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Medo do desconhecido</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Déficit 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 do sentimento;</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Explicar procedimentos antes de realizá-los;</p> <p>() Outros:</p>	
<p>() 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>() Perfusão tissular prejudicada</p> <p>() Outros:</p>	<p>() Elevar decúbito a: () 30° () 60° () 90°</p> <p>() Observar, registrar e comunicar sinais de desconforto respiratório (tosse, alteração de saturação, dispnéia, bradipnéia, BAH, etc.)</p> <p>() Instalar: () Cateter nasal () /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 realizar 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/digerir 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>() Pesquisar diariamente o paciente em jejum;</p> <p>() Outros:</p>	
<p>() Risco de Excesso do Volume de líquidos</p> <p>Relacionados à:</p> <p>() Distúrbio renal</p> <p>() Alterações cardiovasculares</p> <p>() Outros:</p>	<p>() Atentar para os sinais de congestão pulmonar (crepitação, dispnéia, 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 Ht/Ionograma/Uréia e creatinina</p> <p>() 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>(<input checked="" type="checkbox"/>) Infecção</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Trauma</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Procedimentos invasivos</p> <p>() Imunossupressão</p> <p>() Outros:</p>	<p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Higienização das mãos antes e depois de contato com o paciente;</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Observar e anotar alterações de SSVV;</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Verificar presença de sinais flogísticos;</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Realizar troca diária de curativo utilizando técnica asséptica</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Trocar de equipes e torneirinhas em 24/24 h</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Trocar acesso periférico em 96/96 h</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Realizar limpeza concorrente no leito e equipamentos;</p> <p>() Utilizar EPI</p> <p>() Outros:</p>	
<p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Risco/dor relacionado à:</p> <p>() Patologia de base</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Procedimentos invasivos</p> <p>() Agentes lesivos, químicos e físicos</p> <p>() Outros:</p>	<p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Avaliar e registrar os sinais, evolução e duração da dor;</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Administrar analgésicos prescritos;</p> <p>() Utilizar métodos alternativos, como mudança de posição, analgesia</p> <p>() Outros:</p>	

<input checked="" type="checkbox"/> 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 de rotina deambulatória.	
<input checked="" type="checkbox"/> Déficit no auto-cuidado Relacionado à: <input checked="" type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Mobilidade <input type="checkbox"/> Complicações clínicas e/ ou cirúrgicas <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Ajudar 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 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 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"/> Obstrução anatômica <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Obstrução anatômica <input type="checkbox"/> 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:	
<input type="checkbox"/> Risco/ Constipação <input type="checkbox"/> Risco/ Diarreia <input type="checkbox"/> Risco/ Nutrição alterada: ingestão 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:	<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: <input type="checkbox"/> Déficit nutricional <input type="checkbox"/> Excesso/Déficit de volume de líquido <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Fatores mecânicos <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> 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 travesseteiro <input checked="" 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	<input type="checkbox"/> Ajudar na deambulação 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 type="checkbox"/> Pontecial 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:	80
<input type="checkbox"/> 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:	
ENFERMEIRO:	vanessa Santos Acad. Enfermagem Matr. 03177429	COREN:

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA

RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/ 2009

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

GEQUAR

NOME: Thiago Gabriel B. de M.

SAME: 41808300 LEITO: 4012

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 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"/> Perfusão 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, dispnéia, bradipnéia, HAN, 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 aspirar 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/ISNE; <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, dispnéia, 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 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 asséptica <input checked="" type="checkbox"/> Trocar de equipes e torneirinhas em 24 h <input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso periférico em 24 h <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 type="checkbox"/> Utilizar métodos alternativos, como mudança de posição antálgica <input type="checkbox"/> Outros:	

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA

RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2009

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

GEQUAR

NOME: Thiago Gabriel B. de M. SAME: 7150630 LEITO: 4012 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"/> Perfusão tissular prejudicada <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Elevar decúbito à: <input type="checkbox"/> 30° <input type="checkbox"/> 60° <input type="checkbox"/> 90° <input type="checkbox"/> Observar, registrar e comunicar sinais de desconforto respiratório (tosse, alteração de saturação, dispnéia, bradipnéia RAN, etc.) <input type="checkbox"/> Instalar: <input type="checkbox"/> Cateter nasal <u>l/min</u> <input type="checkbox"/> Máscara facial <input type="checkbox"/> Venturi a <u> </u> % <input type="checkbox"/> Registrar evolução do padrão respiratório <input type="checkbox"/> Aspirar e anotar o aspecto das secreções traqueobrônquicas: <u> </u> / <u> </u> h e s/n <input type="checkbox"/> Manter oximetria de pulso e realizar índice de sensores: <u> </u> / <u> </u> h <input type="checkbox"/> Realizar gasometria conforme prescrição <input type="checkbox"/> Trocar sistema de aspiração em <u> </u> / <u> </u> 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"/> Pesquisar 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, dispnéia, 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 físicos; <input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca diária de curativo utilizando técnica asséptica <input checked="" type="checkbox"/> Trocar de equipamentos e torneirinhas em <u>24/h</u> <input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso periférico em <u>24/h</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 antálgica <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 Nº 358/2009

NOME: Thiago Gabriel B. de Menezes

IDADE: 43083

LEITO: 4012

GEQUAR

DATA: 01/10/19

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
<input checked="" type="checkbox"/> Risco/Ansiedade relacionado a: <input 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 type="checkbox"/> Conversar usando abordagem calma e segura, estabelecendo uma relação de confiança com o paciente e familiares e estimular a comunicação do sentimentos; <input 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 a: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das vias aéreas <input type="checkbox"/> Perfusão tissular prejudicada <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Elevar decúbito a: <input type="checkbox"/> 30° <input type="checkbox"/> 60° <input type="checkbox"/> 90° <input type="checkbox"/> Observar, registrar e comunicar sinais de desconforto respiratório (tosse, alteração de saturação, dispnéia, bradipnéia, B.A.N., etc.) <input type="checkbox"/> Instalar: <input type="checkbox"/> Cateter nasal <u> </u> l/min <input type="checkbox"/> Máscara facial <input type="checkbox"/> Venturi a <u> </u> % <input type="checkbox"/> Registrar evolução do padrão respiratório <input type="checkbox"/> Aspirar e anotar o aspecto das secreções traqueobrônquicas <u> </u> / <u> </u> h e s/n <input type="checkbox"/> Manter oximetria de pulso e realizar rodízio de sensores <u> </u> / <u> </u> h <input type="checkbox"/> Realizar gasometria conforme prescrição <input type="checkbox"/> Trocar sistema de aspiração em <u> </u> / <u> </u> h <input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Risco para Aspiração Relacionado a: <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 () Relacionado a: <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"/> Pesquisar diariamente o paciente em jejum; <input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Risco de Excesso do Volume de líquidos Relacionado a: <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, dispnéia, 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 a: <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 a: <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 type="checkbox"/> Observar e anotar alterações de SSVV; <input checked="" type="checkbox"/> Verificar presença de sinais fisiológicos <input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca diária de curativo utilizando técnica asséptica <input checked="" type="checkbox"/> Trocar de equipamentos e torneiras em <u>04/10</u> <input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso periférico em <u>02/10</u> <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 a: <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 type="checkbox"/> Avaliar e registrar os sinais, evolução e duração da dor; <input checked="" type="checkbox"/> Administrar analgésicos prescritos; <input type="checkbox"/> Utilizar métodos alternativos, como mudança de posição análoga <input type="checkbox"/> Outros:	

<input checked="" type="checkbox"/> 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 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: <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.	<input type="checkbox"/> Ajudar na deambulação 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: <input type="checkbox"/> Volemia <input type="checkbox"/> Obstrução anatômica <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Obstrução anetômica <input type="checkbox"/> Distúrbio 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.	
<input type="checkbox"/> Risco/Constipação <input type="checkbox"/> Risco/Diarréia <input type="checkbox"/> Risco/Nutrição alterada: ingestão 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.	<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: <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.	<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 96 h <input type="checkbox"/> Manter lençóis limpos, secos e escaldados <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 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 type="checkbox"/> Mobilidade no leito prejudicada	<input type="checkbox"/> Ajudar na deambulação 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"/> 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 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.	10/10/2020 17:37:30
<input type="checkbox"/> Pesar retencionado a laços familiares interrompidos evidenciados por relato verbal de sofrimento	<input type="checkbox"/> Oferecer apoio emocional <input type="checkbox"/> Orientar a família quanto suporte emocional à paciente <input type="checkbox"/> Outros.	10/10/2020 17:37:30

ENFERMEIRO:

Molanda Contreiras
 Enfermeira
 COREN-PE 357.244

COREN:

Mariana C. Costa
 Coren-PE 397.981-57

CONTROLLER									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

BALANÇO HÍDRICO DIURNO		BALANÇO HÍDRICO NOTURNO	
DATA:	HORA:	DATA:	HORA:
ENTRADA:		ENTRADA:	
SALDA:		SALDA:	
TOTAL:		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

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA

RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2009

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

GEQUAR

NOME:

Thiago Gabriel Bombrasc

SAME

718023-05

FEITO:

401-02

DATA

03.10.19

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 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 dos sentimentos. <input checked="" type="checkbox"/> Explicar procedimentos antes de realizá-los. <input checked="" type="checkbox"/> Outros:	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco/Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Risco/Troca 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"/> Perfusão 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, dispnéia, bradipnéia, BAH, etc.) <input type="checkbox"/> Instalar: () Cateter nasal () Mascar 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 type="checkbox"/> Manter oximetria de pulso e realizar redizão 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"/> Pesquisar 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, dispnéia, 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 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 torneirinhas em 24/24 h. <input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso periférico em 96 h - hoje 02/10 <input type="checkbox"/> Realizar limpeza concorrente no leito e equipamentos. <input type="checkbox"/> Utilizar EPI <input checked="" 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 type="checkbox"/> Administrar analgésicos prescritos. <input type="checkbox"/> Utilizar métodos alternativos, como mudança de posição, antálgica. <input checked="" type="checkbox"/> Outros:	

<input checked="" type="checkbox"/> Risco para trauma/queda	<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"/> Deficit no auto-cuidado Relacionado à: <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:	<input type="checkbox"/> Ajudar 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	<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/ Diarreia <input type="checkbox"/> Risco/ Nutrição alterada: ingestas 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:	<input type="checkbox"/> Registrar características e frequência das evacuações <input type="checkbox"/> Instalar SNG Manter aberta se necessário <input type="checkbox"/> Incentivar a ingestas 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"/> Deficit nutricional <input type="checkbox"/> Excesso/Deficit de volume de líquido <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Fatores mecânicos <input type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Outros:	<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 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	<input type="checkbox"/> Ajudar 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"/> Pontencial 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 checked="" type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Pesar relacionado a laços familiares interrompidos evidenciados por relato verbal de sofrimento	<input type="checkbox"/> Oferecer apoio emocional <input type="checkbox"/> Orientar a família quanto suporte emocional à paciente <input type="checkbox"/> Outros:	

ENFERMEIRO:

Lêda Calado

Mariana C. Couto
Crecu-PB 1.983 - ENF

Lêda Calado
COREN-ENF 476.260

NOME DO PACIENTE: _____

PLANTÃO: () DIURNO () NOTURNO

Data: _____

Histórico: _____

LEITO: _____

SAME: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

() Prontuário e exames conferidos e completo

REGIÕES MAIS ACOMETIDAS POR UPF



ENFERMAGEM

LOCAL ASPECTO/ COR SOLUÇÕES

Alergia medicamentosa: () Não () Sim quais? _____

ESCALA DA DOR



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Local: _____ Intensidade: _____

Verificação: () Sim () Periférica () Central () Não

() Vento dolorido Local: _____ Data de início: _____

Enteógenos: () Não () Sim, qual? () Sim

Local: _____

ANTIBIÓTICOS: () Sim Início: _____

() Não

FERIDA OPERATÓRIA: () Não () Sim

Local: _____

Aspecto: _____

Curativo: () Sim () Não

Local: _____

Aspecto: _____

Solução utilizada: _____

DIETA: () Hora da última refeição: _____

Prescrição da dieta: Zero () Sim () Não Qual?

Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastrostomia

Atenção da dieta: () Boa () Regular () Não boa

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: 097.316.584-75 4 - Nome completo da vítima: Thiago Gabriel Barbosa de Menezes Pereira

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

5 - Nome completo: Thiago Gabriel Barbosa de Menezes Pereira 6 - CPF: 097.316.584-75
7 - Profissão: 8 - Endereço: R. Maria Isabel Burquin 9 - Número: 150 10 - Complemento:
11 - Bairro: Capa 12 - Cidade: Carpiua 13 - Estado: 14 - CEP: 55813-360
15 - E-mail: maribarbosa@hot mail . com 16 - Tel. (DDD): 811 91915 3756

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Carpiua, 02/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:40:28

ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:40:28

ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:40:28

ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:40:28



ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:40:28

ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:40:28

ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:40:28



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, sito 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 do Dra. Vanessa Codessela, 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.

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

ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:30:45
KOTE SEGUROS
Erica Araújo
12/11/19



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Protocolo nº 19052222801



Para maiores detalhes acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/portal e consultar Informe o número da ocorrência e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente. e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatsseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MEDICA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19052222801



INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 25/09/2019 Hora: 07:06 Município: SÃO LOURENÇO DA MATAPÉ
BR: 408 KM: 90,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: ARCOVERDE, 1422584

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Carretero Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Dia

IMAGENS PANORÂMICAS



NARRATIVA

No dia 25/09/2019, por volta das 07:06h, no km 90 da BR 408, em São Lourenço da Matapé, ocorreu um acidente do tipo colisão traseira, com uma vítima lesões leves. Os veículos envolvidos foram um GMCLASSIC/NOVA242 (V1) e um MOTOCICLETA/MAMAH/PCP9648 (V2). Com base na análise dos vestígios materiais, identificações (configurações/condições da pista, características do local, danos no veículo, condições climáticas e informações verbais dos condutores), constatou-se que o GMCLASSIC/NOVA242 (V1) transitava na faixa da direita quando reduziu a velocidade devido a um defeito mecânico e foi colidido na traseira pela MOTOCICLETA/MAMAH/PCP9648 (V2) que não guardava distância de segurança. Assim, conforme constatações em levantamento de local de acidente, verifica-se que as causas do acidente foram o defeito mecânico do GMCLASSIC/NOVA242 (V1), que reduziu bruscamente a velocidade, bem como o fato do condutor da MOTOCICLETA/MAMAH/PCP9648 (V2) não guardar distância de segurança. Observações: Quando a equipe da Polícia Rodoviária Federal - PRF - chegou ao local do acidente os veículos haviam sido retirados e a VTR AR 825 da Bombordo, comandada pelo SGT Lacerda, fazia o socorro do condutor da MOTOCICLETA/MAMAH/PCP9648 (V2), que foi levado ao Hospital da PMPE. O condutor do V1 e V2 realizaram o teste de alcoolemia tendo como resultado 0,00mg/l. A motocicleta foi liberada ao detentor do documento e autenticado pelo condutor ao seu primo SR. Eudário José do Nascimento Silva, CPF 085.909.324-78.



Documento assinado eletronicamente por ARCOVERDE, 1422584, Policial Rodoviária Federal, em 25/09/2019, às 07:06:06, com endereço IP 172.16.1.101. Para maiores detalhes acesse: www.prf.gov.br/portal e consultar Informe o número da ocorrência e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente. e Clique em imprimir.

191



Documento assinado eletronicamente por ARCOVERDE, 1422584, Policial Rodoviária Federal, em 25/09/2019, às 07:06:06, com endereço IP 172.16.1.101. Para maiores detalhes acesse: www.prf.gov.br/portal e consultar Informe o número da ocorrência e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente. e Clique em imprimir.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19052222B01

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19052222B01

...and the ...



↑
MICHAEL

→ Conclusion

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSARIA

EVENTOS SUCESSIVOS

	Idade	Tipo de evento	Motivo da ocorrência
1	Colégio Inês de Castro		

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Estimativa (m)	Estrutura (m)	Variação (m)
1	1	10	10	0
2	2	20	20	0
3	3	30	30	0
4	4	40	40	0
5	5	50	50	0
6	6	60	60	0
7	7	70	70	0
8	8	80	80	0
9	9	90	90	0
10	10	100	100	0

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo di Cingolo

V1 - VEÍCULO 1 - 0YV4242 - AUTOMÓVEL

VI - Informações

Placa: OYV4242 Matrícula: ICHÉVROLET CLASSIC LS
Ano fabricação: 2014 Chassi: WAGSU19FD0R140563

Renavam: 01026470096
Tipo de veículo: Automotivo

Especie	Passageiro	Categoria	Particular
---------	------------	-----------	------------

Cor: Preta

Mostre no momento do acidente: seguindo o fluxo, na faixa de rolamento informações complementares: Danificado retrovisor, para choque traseiro, 1



bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2017.07.20.177274>; this version posted July 20, 2017. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under aCC-BY-NC-ND 4.0 International license.

191

[illegible]

191

Página 3 de 8

Página 4 de 8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviária FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19052222801

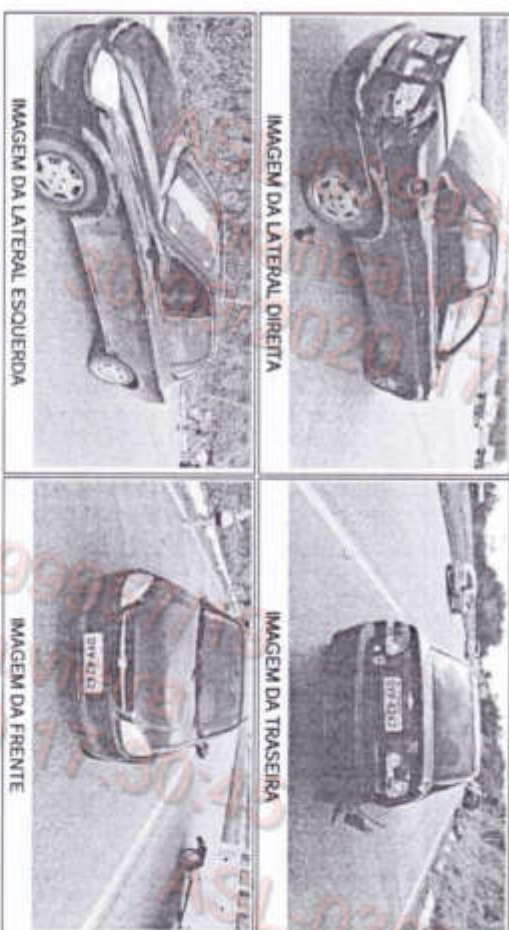


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviária FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19052222801



V1 - Imagens Obrigatórias



V1 - Proprietário

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

CPF/CNPJ: 066.989.834-11
Telefone: 98893-9357

V1C - CONDUCTOR DE V1 - PAULINA PINTO DE PAIVA

V1C - Informações

Nome: PAULINA PINTO DE PAIVA
CPF: 066.989.834-11
Estado físico: Ileso

Data de Nascimento: 20/12/1981
Sexo: Feminino
Usa cinto de segurança: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B
Primeira habilitação: 06/10/2010
UF: PE
Vencimento da habilitação: 27/10/2020
Observações CNH: 15

Nº Registro: 05049559304
Motociclista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do velocímetro: Sim
Válidos 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 OITO, 0000000028, CAS. CURADO, RECIFE-PE
Telefone: _____
Email: _____

V2 - VEÍCULO 2 - PCP9648 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: PCP9648
Marca/Modelo: YAMAHA/MT03 ABS
Ano fabricação: 2018
Chassi: 9C68H1140K0004166
Espécie: Passeiro
Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento
Informações complementares: vários arranhões, danificado farol e outros componentes

Renavam: 01162488864
Tipo de veículo: Motocicleta
Cor: Preta

191

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviária FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO
PROTOCOLO Nº 19052222801



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviária FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO
PROTOCOLO Nº 19052222801



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

Veículo: V2 / YAMAHA MT03 ABS	Placa: PCP9648	Nº BOAT: 19052222801
Nome do Agente: ARCOVERDE	Matrícula do Agente: 1422584	Data: 25/09/2019
Descrição da avaria:	Valor	Fluxo de trabalho em acidente
	Sim	Não
1 Garfo dianteiro	X	
2 Mesa superior da suspensão dianteira	X	
3 Meca inferior da suspensão dianteira	X	
4 Coluna de direção	X	
5 Chassi	X	
6 Garfo traseiro	X	
7 Eixo traseiro (trucks)	X	
Dano de Montar: Média		

V2 - Imagens Obrigatórias



V2 - Proprietário

Nome: THIAGO GABRIEL BARBOSA DE MENEZES PEREIRA
Email:
Endereço: CARPINA-PE

CPF/CNPJ: 097.316.584-75
Telefone: 83.987.463112

V2C - CONDUCTOR 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

Data de Nascimento: 14/08/1992
Sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD
UF: PE
Observações: CNH A

Primeira habilitação: 29/12/2010
Vencimento da habilitação: 24/11/2019
Nº Registro: 05112533328
Motociclista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do odômetro: 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

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA ISABEL BUARQUE, 00000000150, CS, SAO SEBASTIAO, CARPINA-PE
Telefone:
Email:



Este documento foi gerado automaticamente pelo sistema de gerenciamento de documentos da Polícia Rodoviária Federal em 25/09/2019 às 17:30:45. O documento contém informações pessoais e profissionais de terceiros. É proibida a reprodução, a distribuição, a divulgação ou a utilização não autorizada deste documento. Qualquer uso não autorizado será considerado crime e será punido conforme a legislação aplicável.

191



Este documento foi gerado automaticamente pelo sistema de gerenciamento de documentos da Polícia Rodoviária Federal em 25/09/2019 às 17:30:45. O documento contém informações pessoais e profissionais de terceiros. É proibida a reprodução, a distribuição, a divulgação ou a utilização não autorizada deste documento. Qualquer uso não autorizado será considerado crime e será punido conforme a legislação aplicável.

191

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Thiago Gabriel Barbosa de Menezes Pereira,

RG nº 8.613.688, data de expedição 29/06/15, Órgão SSDPE,

CPF nº 093.316.584-75, 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)	<u>R. Maria Isabel Bianqui</u>
Número	<u>150</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Caja</u>
Cidade	<u>Carpina</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55.813-360</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915.3756</u>
E-mail	<u>mandalwdsussera@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Carpina, 02/11/2019

Assinatura do Declarante: Thiago Gabriel B. de M. Pereira

ATENDIMENTO: RUA HERCULANO BANDEIRA - N.º. - 00053 - SENZALA
CARPINA PE 55812-595

ENDEREÇO DO CLIENTE: MATERIAL: 0037204 OUT/2019
AUXILIADORA BARBOSA DE MENEZES
R MARIA ISABEL BUARQUE, N. 00150 - CAJA CARPINA PE 55813-360
INSCRIÇÃO: 040.228.525.0777.000 GRUPO: 13 DEB. AUTOMÁTICO: 000012704

CLASSIFICAÇÃO CORTADO	SITUAÇÃO ESPECÍFICA POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	DATA DE INÍCIO 07/11/2019	DATA DE FIM 07/11/2019	PERÍODO DE VALIDADE REAL
--------------------------	----------------------------------	------------------	------------------------------	---------------------------	-----------------------------

AGUA
LEIT. ANT: 262 CONSUMO: 0
LEIT. ATU: 262
LEIT. FAT: 262

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

DATA	CONSUMO	PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIMENTO LEGIS
09/2019	00	TURBIDEZ	60	60	22
08/2019	00	COR APARENTE	60	60	13
07/2019	03	CORO RESIDUAL	60	60	60
06/2019	04	COLOR. TOTAL	60	60	57
05/2019	04	ESF.	60	60	60
04/2019	02				

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

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS: CONSUMO TOTAL (R\$)
ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

DATA P/IMPONTUALIDADE 09/2019
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 10/2019

DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
0,00	1,65	0,00	0,00
0,00	1,65	0,00	0,00

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

MENSAGEM:

IDENTIFIQUE A EXISTÊNCIA DE 12 FATURAS EM MENOS, DO TOTAL DE R\$ 695,20. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



VENCIMENTO: 20/11/2019

TOT.

compesa

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: 097.316.584-75 4 - Nome completo da vítima: Thiago Gabriel Barbosa de Menezes Pereira

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

5 - Nome completo: Thiago Gabriel Barbosa de Menezes Pereira 6 - CPF: 097.316.584-75
7 - Profissão: 8 - Endereço: R. Maria Isabel Burquin 9 - Número: 150 10 - Complemento:
11 - Bairro: Capa 12 - Cidade: Carpiua 13 - Estado: 14 - CEP: 55813-360
15 - E-mail: manobarcos@hot mail . com 16 - Tel. (DDD): 811 92915 3756

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Carpiua, 02/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:40:01

ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:40:01

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
THIAGO GABRIEL RABOORA DE MENEZES PEREIRA

LOCALIDADE DO CASAMENTO
8613488 RDD PE

CPF
097.356.584-75

DATASUSCITO
14/08/1992

TIPOLOGIA
RDMILTON CABRAL
PEREIRA
APRELIADORA RABOORA
DE MENEZES

PERMISSAO
ACB
AD

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
1104011031

OFICINA
05112533328

PREVISTO
24/12/2019

PREVISTO
29/12/2019

OBSERVAÇÕES
A

Thiago Gabriel D. de M. Souza

LOCAL
CARTEIRA DE

DATA DE EMISSAO
29/06/2015

34028402814
PE003128408

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

PREVISTO PLASTIFICAR
1104011031

ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:40:01

ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:40:01

ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:40:01

ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:40:01

ASL-0399957/19
bianca.vieira
30/09/2020 17:40:01

NOTA SEGURO
Erica Araujo
12/11/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 015101673521
1 1162488864 ***** 2019

THIAGO GABRIEL BARBOSA DE MENEZES
S PEREIRA

CARPINA-PE

097-3161584-75

PCP9648

***** PE 9C6RN1140K0004166

FAS /MOTOCICLETA

GA3COLINK

YAMAHA/MT03 ABS

2019 2019

2F/321CL

PARTIC

PRETA

1 TEVA 2019 QUITADO

1*****

V 1

2*****

80.11

0.32 84.58

12/06/19

AL. FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRASIL

CARPINA 12/11/25

Roberto Carlos Metaliz. Pontelinos

11/06/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015101673521 BILHETE DE SEGURO DPVAT

THIAGO GABRIEL BARBOSA DE MENEZES

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SÃO DPVAT 0800.022.1203

S PEREIRA

CARPINA-PE

2019 14/08/19

097-3161584-75

PCP9648

1162488864

YAMAHA/MT03 ABS

2019

9C6RN1140K0004166

PRÊMIO TARIFARIO

4.01

40.06

0.32

84.58

0.32

12/06/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.600/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



KOTE SEGURO
Erica Araujo
21/11/19