

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190694385                      Vítima: JOANDERSON SILVA MARQUES

Data do Acidente: 18/02/2016                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOANDERSON SILVA MARQUES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190694385**

**Vítima: JOANDERSON SILVA MARQUES**

**Data do Acidente: 18/02/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JOANDERSON SILVA MARQUES**

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 104.615.374-94 4 - Nome completo da vítima: Joanderson Silva Marques

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

5 - Nome completo: Joanderson Silva Marques 6 - CPF: 104.615.374-94  
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Joaquina Dantas de Souza 9 - Número: S/Nº 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Aroeiras 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58489-000  
15 - E-mail: mirandaconsultoriaeassessoria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 99831-8821

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:  
☒ RECLUSO 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: 05784 CONTA: 0014368 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 28/11/2019, Campina Grande - PB

Joanderson Silva Marques  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NSU Rede: 632029 Hora Rede: 07:38:37  
Terminal: 00100076



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 104.615.374-94 4 - Nome completo da vítima: Joanderson Silva Marques

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

5 - Nome completo: Joanderson Silva Marques 6 - CPF: 104.615.374-94  
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Joaquim Dantas do Lago S/Nº 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Aracaju 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58499-000  
15 - E-mail: misandacensuloriaeconsorcio@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (83) 99831-8821

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: 5784 CONTA: 14368 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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

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, \_\_\_\_\_

Joanderson Silva Marques

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 104.615.374-94 4 - Nome completo da vítima: Joanderson Silva Marques

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

5 - Nome completo: Joanderson Silva Marques 6 - CPF: 104.615.374-94  
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Joaquina Dantas de Souza 9 - Número: S/Nº 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Aroeiras 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58489-000  
15 - E-mail: mirandaconsultoriaeassessoria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 99831-8821

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:  
☒ RECLUSO 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: 05784 CONTA: 0014368 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
  - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
  - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 28/11/2019, Campina Grande - PB

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**HOSPITAL MUNICIPAL DE AROEIRAS**  
Avenida José Pedro de Melo, S/N, Centro Aroeiras, Paraíba.

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os seguintes fins, que JOANDERSON SILVA MARQUES, sofreu um acidente de moto no dia 18 de fevereiro de 2016, na Rua do Rosário em frente a Casa Nova Material de Construção, foi trazido para o Hospital Municipal de Aroeiras, onde foi socorrido pela equipe do hospital, a enfermeira Samara Figueiredo Araújo e o condutor, Samuel de Souza, onde o mesmo foi transferido na ambulância do hospital para o Hospital de Trauma em Campina Grande.

Aroeiras, 29 de agosto de 2019.

Katiuscia R. Souto Mayer

Katiuscia Romualdo Souto Mayer

Diretora Geral

JANAINA TAVARES DA SILVA  
RUA JOAQUINA DANTAS DE SOUZA, S/N - CENTRO  
ARACERAS / PB CEP: 58489000 (AO: 109)



Ligação: MONOFÁSICO  
Clas/Soc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BARRA RENDA  
Rotam: 3 - 105 - 25 - 1550 Referência: Nov / 2019  
Medidor: 0000037902 Emissão: 05/11/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
9/230, Km 25 - Crlto. Pedreira - João Pessoa / PB - CEP: 58711-430  
CNPJ: 03.095.182/0001-40 Ins: Est: 13.015.022-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº 022.945.517  
Cód. para Des. Automático: 0000032531

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	05/11/2019	05/12/2019	064.130.584-20 Ins: Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/863253-1

#### Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2003.  
Sarampo e gripe e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
07/10/19	05/11/19	1	86	29

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq.	Imposto (R\$)	Base Calc. Po. (R\$)	Coef. (R\$)	Coef. (R\$)
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	PerCoef. (R\$)		ICMS (R\$)	
0001	Consumo até 25kWh-BR	30,000	0,190860	5,73	0,00	0	0,00	5,73	0,00
0001	Consumo - 31 a 100kWh-BR	56,000	0,328860	17,97	0,00	0	0,00	17,97	0,16
0601	Adic. B. Amarela			0,54	0,00	0	0,00	0,54	0,00
0601	Adic. B. Vermelha			0,90	0,00	0	0,00	0,90	0,00
0010	Subsídio			23,46	0,00	0	0,00	23,46	0,20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			13,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 08/2019			0,30	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 10/2019			0,30	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0006	MULTA 09/2019			0,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0006	MULTA 10/2019			0,81	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0008	Devolução Subsídio			-22,36	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 37,59 0,00 0,00 47,29 0,40 1,86  
Tarifa at. Tributos At. 20kWh 0,191710 At. 100kWh 0,311500

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
12/11/2019	R\$ 37,59

#### Histórico de Consumo (kWh)

97	94	108	58	103	95	103	97	99	92	91	95
Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Ma/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19

#### RESERVADO AO FISCO

09f1.b817.2c9f.3cd7.8182.92ce.96a8.d7ed.

#### Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite da Tensão (V)
DIC MENSAL	8-16	0,95	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12-24		
DIC ANUAL	24-36		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 221
FIC MENSAL	0,95-1,00	1,00	
FIC TRIMESTRAL	0,95-1,00		
FIC ANUAL	0,95-1,00		
DMIC	0,95-1,00	0,95	
DICRI	0,95-1,00		

#### Composição do Consumo

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	8,50	22,60
Compra de Energia	17,20	45,72
Serviço de Transmissão	1,27	3,38
Encargos Setoriais	1,29	3,41
Impostos Oritos e Encargos	14,31	37,80
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	37,59	100,00

Valor do E-SD (Ref. 9/2019) R\$ 11,49

#### ATENÇÃO

- Sua unidade foi registrada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$22,36

#### Parcelas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 08204.329174 1 80710000003759

PAGADOR: JANAINA TAVARES DA SILVA - CPF/CNPJ: 064.130.584-20  
RUA JOAQUINA DANTAS DE SOUZA, S/N - CENTRO - ARACERAS / PB CEP: 58489000

Nosso Nr: 26249120008204329 Nr. Documento: 000863253201911 Data de Vencimento: 12/11/2019 Valor do Documento: R\$ 37,59 Valor Pago:

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 03.095.182/0001-40  
Br 230, Km 25 - Crlto. Pedreira - João Pessoa / PB - CEP: 58711-430

Agência / Código do beneficiário: 3084-3/2447-3





Mar JANSINA TAVARES DA SILVA

CERINCIAS

 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>		<b>SECRETARIA DE SAÚDE</b> <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>	
 <b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>			
<b>UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO</b> Código da Unidade: 00023671 CNPJ 08-778.263/0001-60 Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25			
<b>PACIENTE:</b> Nome: PRONTUARIO Nº 1277354 Sexo: Idade: Prof: ANDERSON SILVA MARQUES Documento: MASCULINO 14 Endereço: ESTUDANTE Bairro: 7636095/1353270 Município: JOQUINA DANTAS Estado: CEP: CENTRO Data Atend: 18/02/2016 08:14h 250130			
<b>RAÇA/COR</b> ( ) 1 - BRANCA ( ) 2 - PRETA/QUEIXAS ( ) 3 - ACIDENTE DE TRÂNSITO ( ) 4 - AMARELA ( ) 5 - INDIGENA ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO			
<b>ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:</b> Dor no abdômen, náusea e vômito. Dor no lado direito do abdômen. Dor no lado direito do abdômen. Dor no lado direito do abdômen.			
<b>EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE</b> TIPO No ultrassom			
<b>RESULTADOS:</b>			
<b>MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS</b> 1. Soro de 500 ml 2. 3. 4. 5.			
<b>DIAGNÓSTICO / CID:</b> <i>Menstruação</i>			

<b>NATUREZA DA CONSULTA</b> Consulta Básica (PAB) Consulta Especializada	
<b>PROCEDIMENTO</b> Tipos de trauma físico * não - vide internação - Dr. Patrícia Pires 18.02.16	
<b>TIPO DE ATENDIMENTO</b> <input type="checkbox"/> 01 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS	
<b>MEDICAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> 01 - PRESCRITA <input type="checkbox"/> 02 - APLICADA	<b>ENCAMINHAMENTO</b> <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> OUTROS
<b>SERVIÇOS REALIZADOS:</b> CÓDIGO / PROCEDIMENTO TOMOGRAFIA	
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S) Francisco G. Carão CRM 2355 MT-RG 11.055	
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO <i>Francisco G. Carão</i>	
ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)	



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SERVIÇO SOCIAL

FICHA SOCIAL

Nome: Anderson Luiz Marques Idade: 14 anos

Como é conhecido(a): Ala 01 Enf. 04 Leito 07

Data de admissão: 18/02/16 Procedência: Gravina

Endereço: R. Joaquim Pintas - S/N

Ponto de Referência: Trav. do Colégio Estadual

Com quem reside? Com seus pais e uma irmã

Resp: Isaias José Marques Telefone: 9351-0527 (pai)

DADOS SOCIAIS: (pai) 8107-5649 8146-2960 (mãe)

Está inserido em algum Programa Social? Não ( ) Sim (X) Qual? Bolão Família

É acompanhado por algum Serviço de Saúde? Não ( ) Sim (X) Qual? 24. Básica

Causa da admissão: Acid. de urato com TCE - (sic)

Se adulto ou idoso:

Estado civil: casado Tem filhos: Não ( ) Sim ( ) Quantos? 3

Profissão: professor Fuma? Não ( ) Sim ( ) Faz uso de bebida alcoólica?

Não ( ) Sim ( ) Eventualmente ( ) É etilista ( )

Se criança ou adolescente:

Estuda: Sim (X) Não ( ) Que série está cursando? 1º Ano do Ens. Médio

Profissão dos pais ou responsável: Mãe é do lar, pai é professor

Observações: (Segundo o médico, recebe o Seguro  
Pessoa mas o "Governo suspendeu" mãe  
está de visita, receberam as orientações  
sociais e institucionais.

Assistência Social  
Assistente Social  
Chefe nº 2.903

**ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes**

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Joacimar Sales Marques			
Data da Operação	Enf.	Leito	
18/2/16			
Operador	1.º Auxiliar		
Dra. Patrícia	Dr. Valter		
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Aumento de Crânio + UED			
Tipo de Operação			
Tratamento Cirúrgico do Aumento de Crânio			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O aumento			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

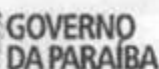
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- 1) Posicionamento do paciente em decúbito supino com cabeça elevada.
- 2) Descolamento, Anestesia, Anticoagulação e Campos Estéreis.
- 3) Incisão bicoronal com preservação do retalho p/ a tampa.
- 4) Identificação e fixação da tampa frontal.
- 5) Realizado Craniotomia com perfurador e remoção do córtex.
- 6) Identificação da lesão com auxílio de lâmpada de gôlo e aspirador.
- 7) Realizado Craniotomia de novo frontal.
- 8) Realizado fechamento da Fratura e fixado retalho com sutura.
- 9) Posicionado dreno Ponto-Vac e fixado em pele.
- 10) Fechamento subcutâneo e pele.
- 11) Curativo e bandagem.

Valter V. Almeida  
CRM-PB 9853







Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

### Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>José de Jesus Silva Marques</u>	Idade: <u>19</u>
Convênio: <u>315</u>	Data: <u>12/02/15</u>
Procedimento: <u>Tratamento de apendicite de crônica</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Valdeir + Dr. Raul Auxiliar</u>	Anestesista: <u>Dr. Leonardo</u>
Início: <u>20:30</u>	Término: <u>22:30</u>
Anestesia: <u>geral</u>	

[illegible][illegible]

Observações:	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Assinatura Anestesiista</div> <div>Circulante</div> </div>	

## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		LEITE		CONVENIO		IDADE		REGISTRO		GOVERNO DA PARAIBA	
Jo Anderson Silva Marques		SUS		14		08.06.2002		1222351		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
CIRURGIA		de crânio		CIRURGIAO		Dr. Vitoria + Dr. Fabiana				Hospital de Emergência Trauma Care Luis Gonzaga Fernandes	
ANESTESIA		Geral		ANESTESIA		Dr. Leonardo					
INSTRUMENTADORA		DATA		INICIO		FIM					
		18.02.2015		10:30		12:30					
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	FIS	CODIGO							
	Adrenalina amp	01	Serina Corostonia								
	Atropina amp	01	Café. p. Dep.								
	Diazepam amp	12	Café. do Uterino Sist. Fech.								
	Omepraz amp		Compressa Grande								
	Omepraz amp		Compressa Pequena								
	Omepraz amp		Colônoides								
	Etano. ml	01	Dreno de Sulfonam. 3.2								
	Fenolopam amp		Dreno Kist.								
01	Fentani. ml 500 ng		Dreno Pteridico								
	Yopax ml		Dreno Pzzer ml								
	Kafala. ml	02	Equipo de Macroglia								
	Mercalra 50 ml		Equipo de Vagloglas								
	Nubatin amp		Equipo de Sangue								
	Parvado amp		Equipo de PVC								
	Protogin amp	03	Espiradrago Lanco. cm								
	Protogin ml		Furpom ml								
	Quilon ml 100 mg	04	Ovo. Póster. c. 10 unidades								
	Rapim amp		H.O. ml								
02	Tracium amp		Infilaco. Acido								
	Tracium amp		Infilaco. Infante								
Qtd.	MEDICACÕES	Qtd.	Lamina de Bisturi n. 20								
	Agua Distilada amp	03	Lamina de Bisturi n. 15								
01	Decidron amp 10 mg	01	Lamina de Bisturi n. 15								
02	Diprón amp 50 mg	05	Luxa 7.0								
	Flaxidol amp		Luxa 7.5								
	Flitocort amp		Luxa 8.0								
	Gastrolina amp	01	Luxa 9.00								
	Glicose amp		Oxip. ml								
	Gluton de Colpo. amp		P. fixa								
	Hemacel ml	03	PVP Degradante ml								
	Hepacel ml		PVP Tóxico ml								
	Karalox amp		Sabão Antisséptico								
	Litix amp		Saco coletor								
	Medroliedol	01	Seringa caco. 10 ml								
	Plaxi amp	04	Seringa caco. 20 ml								
	Prolinea	03	Seringa caco. 05 ml								
02	Stuparon amp	01	Sonda								
	Clotidina 1g		Sonda Foley n. 18								
01	Xelocin 100 mg	02	Sonda Nasogástrica								
	Proprazol 20 mg		Sonda Uniflex n. 14								
	Nauseidon 10 mg		Sterilizer ml								
			Torniquete								
			Vaselina ml								
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.	Gelco. 6.000								
	Agulha desc. 25 x 28	03	Látex								
	Agulha desc. 3 x 4.5	05	Alcatraz								
	Agulha p. resaca n.	01	del. condutor								
01	Alcool de Enxofagem	01	Quero end. 8.5								
	Alcool iodado ml	01	Tubo end. 8.0								
	Alcatraz de Depon. 100 ml	02	Sugador Grato								
	Atorax de Gessaca	01	Sugador Pequeno								
	Az. mabeno amp										
	Betaxina ml										

**GOVERNO DA PARAIBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência Trauma Care Luis Gonzaga Fernandes

**SOROS**

SG Normopiemico fr 500 ml

SG Gelado fr 500 ml

SG Hipotônico fr 500 ml

SG Ring fr 500 ml

SG fr 500 ml

**ORTESE E PROTESE**

Cimento Cirúrgico Estéril Para Cranioplastia Subitot

**EQUIPAMENTOS**

X Oxímetro de Pulso

X Serra

X Desfibrilador

X Foco Frontal

X Fonte de Luz

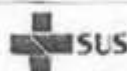
X Foco Auxiliar

X Eletrocautério

X Otopneumato

X Cardiomonitor

X Perfurador Elétrico



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

NOME DO ESTABELECIMENTO PRESTADOR

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

Anderson Silva Mendes

DATA DO EXAME

08/06/02

ENDEREÇO DO PACIENTE

R. ...

CIDADE

UF

CEP

TELEFONE

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

RAÇA

ESTADO CIVIL

PROFISSÃO

GRUPO SANGÜÍNEO

TIPO DE SANGUE

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

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

TCE - 1 MED - Atendimento curativo

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As ...

## EXEMPLOS DE PROVA DIAGNÓSTICA (EXEMPLOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex de ...

## DIAGNÓSTICO

TCE

## DIAGNÓSTICO

S069

## DIAGNÓSTICO

S069

## DIAGNÓSTICO

S069

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

### 21. TIPO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

22. CLÍNICA

23. CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

24. DOCUMENTO

25. VOUCHER DE SOLICITAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

26. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

27. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

28. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

29. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

30. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

31. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

32. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

33. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

34. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

35. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

36. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

37. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

38. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

39. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

40. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

41. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

42. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

43. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

44. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

45. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

46. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

47. DATA DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE REGISTRE

### 22. TIPO DE PROCEDIMENTO

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

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

### 13. ACIDENTE DE TRÂNSITO

14. ACIDENTE TRABALHADO

15. ACIDENTE TRABALHADO TRAJETO

16. VIOLÊNCIA FÍSICA

17. VIOLÊNCIA PSÍQUICA

18. VIOLÊNCIA SEXUAL

19. VIOLÊNCIA ECONÔMICA

20. VIOLÊNCIA SOCIAL

21. VIOLÊNCIA CULTURAL

22. VIOLÊNCIA AMBIENTAL

23. VIOLÊNCIA TECNOLÓGICA

24. VIOLÊNCIA INFORMÁTICA

25. VIOLÊNCIA ENERGÉTICA

26. VIOLÊNCIA QUÍMICA

27. VIOLÊNCIA BIOLÓGICA

28. VIOLÊNCIA COSMÉTICA

29. VIOLÊNCIA AERONÁUTICA

30. VIOLÊNCIA ESPACIAL

31. VIOLÊNCIA SUBMARINA

32. VIOLÊNCIA SATELITAR

## AUTORIZAÇÃO

### 40. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

### 41. ENDEREÇO DO PROFISSIONAL

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

### 42. NOME DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

# Diagnóstico

TCE 4444 cl Afundamento  
crânio frontal + HED

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Janderson Silva Miquis

Alojamento

Leito

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
18/10/16	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dieta zero</li> <li>SCD, 92, 1000ml ev 12/12h</li> <li>Dipirona 20ml + AD ev 6/6h (iniciar P2)</li> <li>Trasnam 100mg + 100ml SF ev 3/3h (iniciar P2)</li> <li>Omeprazol 40mg ev 1x/d</li> <li>Ceftriaxona (SUSP)</li> <li>Cefuroxima 750mg + SP 250ml SF ev 6/8h (iniciar no P2)</li> <li>Nuroction 8mg + AD ev 5/8h S/N</li> <li>Colheira elemba 30°</li> <li>Captopril 25mg VO se PA <math>\geq 170 \times 110</math></li> <li>Hidralal 100mg + 250ml SF ev 5/8h</li> <li>CCGce + SSU</li> </ol>		<p>A NE</p> <p>Paciente vitioso de no motor. distúrbio de captação, sonolento mas facilmente despertável. Gêl. mucoso, apresenta vômitos, equívocos positivos a (E) estímulos hemodinamicamente.</p> <p>CT de crânio - Afundamento frontal - sul para a (E) cl HED subgástrica. Fractura de osso parietal, não sabe informar se tem alergia.</p> <p>Col. Intubação p/ NE.</p> <p>Guarnição de vigência.</p>

Dra. Patrícia P. de Azevedo  
NEUROLOGIA  
CRM-PB 10.215

Dra. Patrícia P. de Azevedo  
NEUROLOGIA  
CRM-PB 10.215



GOVERNO  
DA PARAIBASECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO  
Hospital de Emergência e Trauma Dr. Luis Gonzaga Fernandes

NOME

ANDERSON SILVA MARQUES

IDADE

14A

UTI:

PED.

LEITO:

LEITO 07

## EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI PEDIÁTRICA

H. D.

TCE/COMPROMETIDO/AROEIRAS-PB

DATA

20/02/16

HORA: 09:00 FC 70 bpm FR 15 rpm PA PAM (mmHg) SpO2 100 % T 36°C

REAValiação: Murmur em 6GC acordado, respiração em ritmo sem sinais de desconforto respiratório, saturação 100% sem oxigênio em face e saturação de pulso em 100% em ar ambiente.

AP: MV + 2cm RA

CD: ☒ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ O<sub>2</sub> ☐ VNI☐ Aspiração ☐ Desobs. Nasal ☐ Troca de filtro ☐ Ajuste de Cuff  
☐ TER ☐ Est. Propcept ☐ Est. Precoce ☐ Auxílio a IOT ☐ RCP  
☐ Desmame ☐ Extubação ☒ Posicionamento  
☐ Desambulação ☐ Sedestação ☐ GinásticaVM: I Rot: 100 ml/min PC: P: PEEP: VT: PS:  
Ti: 1.0 IE: FIO<sub>2</sub>: FLUXO: SENS: FR: VM☐ Transporte modo modalidade  
☐ Rotas InterconectadasPaciente Andar 11 Físico  
FISIOTERAPISTA  
CREFITO 71924-E

HORA: FC bpm FR rpm PA PAM (mmHg) SpO2 % T °C

REAValiação

AP:

CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ O<sub>2</sub> ☐ VNI☐ Aspiração ☐ Desobs. Nasal ☐ Troca de filtro ☐ Ajuste de Cuff  
☐ TER ☐ Est. Propcept ☐ Est. Precoce ☐ Auxílio a IOT ☐ RCP  
☐ Desmame ☐ Extubação ☐ Posicionamento  
☐ Desambulação ☐ Sedestação ☐ GinásticaVM: I Rot: 100 ml/min PC: P: PEEP: VT: PS:  
Ti: 1.0 IE: FIO<sub>2</sub>: FLUXO: SENS: FR: VM

## EXAMES REALIZADOS NO DIA

EXAME	DATA	HOR.	RESULTADO
GAZO		PH	PCO <sub>2</sub>
GAZO		PH	PCO <sub>2</sub>
GAZO		PH	PCO <sub>2</sub>
EMOGRAM			
EMOGRAM			
RAIO X			
OUTROS			

Observações

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITAIS E REALIZAR BALANÇO HÍDRICO	08/04/12 10:23:05
<input type="checkbox"/> PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR	
<input type="checkbox"/> REGISTRAR FÂCIES DE DOR	
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES	
<input type="checkbox"/> AVALIAR COR, TEMPERATURA E UNIDADE DA PELE	
<input type="checkbox"/> VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS	
<input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA DUAS HORAS	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO, HIGIENE OCULAR, NASAL E ORAL	M
<input type="checkbox"/> REALIZAR TROCA DE FIXAÇÃO DE: ( ) TOT ( ) TOT ( ) SNG/SNE ( ) SNG/SNE ( ) SVD ( ) AVP ( ) AVC ( )	
<input type="checkbox"/> AVALIAR NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA E REALIZAR O PROCEDIMENTO	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE, RELACIONADOS AOS DIAGNÓSTICOS IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE.	M T N
<input type="checkbox"/> MANTER ELEVADA AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA	
<input type="checkbox"/> MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSE, NAUSEA E CAPACIDADE DE DEGLUTIR	
<input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR SINAL DE EDEMA	
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR FREQUÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DAS ELIMINAÇÕES.	A++
<input type="checkbox"/> ASPIRAR E TESTAR REFLUXO DE SNG/SNE ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DA DIETA/MEDICAÇÃO	
<input type="checkbox"/> MANUSEAR ACESSO VENOSO COM LUVA, GAZE E ALCOOL A 70%	
<input type="checkbox"/> REALIZAR RÓDIZIO DO SENSOR DE OXIMETRIA	
<input type="checkbox"/> AFERIR E REGISTRAR PVC	
<input type="checkbox"/> TROCAR SELO DO DRENO TORÁCICO A CADA 24H	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR LIMPEZA, ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE DO PACIENTE E DESINFECÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E ESTETOSCÓPIO COM ALCOOL A 70%	M
TEC. ENF.(M)	TEC. ENF.(T)

#### RESULTADOS ESPERADOS:

TROCA DE DISPOSITIVOS					
DISPOSITIVO	DATA DE INSERÇÃO	APRAZAMENTO	DATA DA TROCA	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA
SNG/SNG		SNG/SNG: 4 dias			
SNE		SNE: Trimestral			
SVD	18/02	15/30 dias e ou SN	19/02		
CURATIVO (FO)		Gaze comum: Diário			
CURATIVO (AVC)		Gaze comum: Diário			
CIRCUITO DE VM		Block: 7 dias			
FILTRO DE VM		15 dias e ou SN			
UMIDIFICADOR	18/02	4 dias e ou SN			
ASPIRADOR		4 dias	22/02		
LATEX		45/48 horas			
EQUIPO SIMPLES	18/02	24/24 horas	23/02		
EQUIPO NTP		72/72 horas			
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA			INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA		
<p>Paciente com melhora clínica, apresentando respiração e sibilos auscultados.</p> <p>Alta para enfermagem aguardando 10g.</p>					

M. Isabel H. Castro de Lima  
ENFERMEIRA  
ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA UTI INFANTIL

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Janderson Silva Marques IDADE: 14A PESO: SEXO: M ☐ F ☐  
ADMISSÃO NA UTI: 14.02.16 EM: 2.º DN: 01.06.08 LEITO: 02 DATA: 2010.21.06  
DIAGNÓSTICO MÉDICO: R6 N.º DO PRONTUÁRIO: J214354  
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:  
ESTADO GERAL: ESTÁVEL ☒ REGULAR ☐ GRAVE ☐ GRAVÍSSIMO ☐  
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ATIVO/REATIVO ☒ HIPÓATIVO ☐ SEDADO ☐ COMATOSO ☐  
PELE/MUCOSAS: CORADAS ☒ HIPOCORADAS ☐ CIANOSE ☐ CTERICAS ☐ HIDRATADAS ☐ DESIDRATADAS ☐  
REGULAÇÃO TÉRMICA: HIPOTERMIA ☐ NORMOTERMIA ☒ HIPERTERMIA ☐ SUBFEBRIL ☐  
PRESENÇA DE ÚLCERA DE PRESSÃO: ESTÁGIO: LOCAL: SIM ☐ NÃO ☒ ASPECTO/TRATAMENTO:  
SENSIBILIDADE / MOTOCIDADE: PRESERVADA ☒ PLEGIA ☐ PARESTESIA ☐  
FREQUÊNCIA CARDÍACA: BRADICARDIA ☐ NORMOCARDIA ☒ TAQUICARDIA ☐  
NÍVEIS PRESSÓRICOS: HIPOTENSO ☐ NORMOTENSO ☒ HIPERTENSO ☐  
PULSO: REGULAR ☒ IRREGULAR ☐ IMPALPAVEL ☐ FIL FORME ☐ CHEIO ☐  
PADRÕES RESPIRATÓRIOS: EUPNEICO ☒ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐  
OXIGENOTERAPIA: O2 AMBIENTE ☒ MV ☐ CNE ☐ Linn ☐ HOOD/GPAP ☐ VM ☐ FIO2 ☐ SPO2 ☐  
SIST. GENITOURINÁRIO: ESPONTÂNEA POR FRALDA ☒ SVD ☐ ASPECTO:  
(DIURESE) DISÚRIA ☐ POLÚRIA ☐ OLÚRIA ☐ ANÚRIA ☐ HEMATURIA ☐  
SIST. GASTROINTESTINAL: VÔ ☒ SÓ/SNG n.º ☐ SNG/GTM n.º ☐ NTP ☐ D'ETA ZERO ☐  
(DIETA):  
ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: NORMAL ☐ AUSENTES ☒ DIARRÉICAS ☐ ASPECTO:  
ABDOMEN: PLANO ☐ FLÁCIDO ☒ GLOBOSO ☐ DISTENDIDO ☐ DOLOROSO À PALPAÇÃO ☐  
ACESSO(S) VENOSO(S): S/ACESSO ☐ PERIFÉRICO ☒ CENTRAL ☐ DISSECAÇÃO VENOSA ☐  
MEMBROS: BOA PERFUSÃO ☒ PERFUSÃO DIMINuíDA ☐ CIANOSE DE EXTREMIDADES ☐ EDEMA ☐ 4+  
CURATIVOS: TIPO: LOCAL: ASPECTO:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO	<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO
<input type="checkbox"/> RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> DOR AGUDA
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> MOTILIDADE GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO DESGUILBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DO VOLUME DE LÍQUIDOS	CD/FR:

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA  
FR: FATOR RELACIONADO

M.ª Isabel F. Castro de Lima  
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL  
COREN 303.747-PG

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO					ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO				
Menor respirando espontâneo. SVD pressionando duvidas, realizado curativo da SVD. Baixo no leito SVD. Dieta dieta 10 liberada.									
TÉCNICO DE ENFERMAGEM: <i>Janete 452325</i>					TÉCNICO DE ENFERMAGEM:				
SONDAS, CATETERES E DRENOS									
SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS
ÚLTIMA EVACUAÇÃO:		ASPECTO:		BALANÇO HÍDRICO ATUAL:		BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:		BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:	
FERIDAS / LESÕES					CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS				
ENFERMEIRO:					ENFERMEIRO:				



## HOS

[illegible]

HD: 9/26

SETOR UTE 1000

LETO 04

DATA 20102 K

[illegible]

I	N	F	U	S	O	E	S			V	E	N	O	S	A	S
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	---	---	---	---	---	---	---

[illegible]

509.4	509.4
-------	-------

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

I	N	F	U	S	O	E	S		V	E	N	O	S	A	S
---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---

[illegible][illegible]

D	R	E	N	A	G	E	N	S
---	---	---	---	---	---	---	---	---

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

NO SUCCÃO

[illegible]

INÍCIO 12H DIA=	PERDAS 12H DIA=	BH DIA=	GANHOS 12H NOITE=	PERDAS 12H NOITE=	BH NOITE=
-----------------	-----------------	---------	-------------------	-------------------	-----------

INOS 24H DIA=	PERDA 24H + 1000ML =	BH 24H =
---------------	----------------------	----------

INATURA	ASSINATURA
---------	------------



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA UTI INFANTIL

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Jonilson Salva Marques IDADE: 4 ANOS PESO: 14 KG SEXO: M ☒ F ☐  
ADMISSÃO NA UTI: 19/02/16 DIA: 19 HORAS: 10 DATA: 19/02/16 LEITO: 01  
DIAGNÓSTICO MÉDICO: T.E. Nº DO PRONTUÁRIO: 1211354  
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS: \_\_\_\_\_  
ESTADO GERAL: ESTÁVEL ☒ REGULAR ☒ GRAVE ☐ GRAVÍSSIMO ☐  
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ATIVO/REATIVO ☐ HIPOATIVO ☒ SEDADO ☐ COMATOZO ☐  
PELE MUCOSAS: CORADAS ☐ HIPOCORADAS ☒ CIANOSE ☐ ICTERICAS ☐ H. DRATADAS ☐ DESDRATADAS ☐  
REGULAÇÃO TÉRMICA: HIPOTERMIA ☐ NORMOTERMIA ☒ HIPERTERMIA ☐ SUBFEBRIL ☐  
PRESENÇA DE ÚLCERA DE PRESSÃO: ESTÁGIO \_\_\_\_\_ LOCAL \_\_\_\_\_  
SIM ☐ NÃO ☒ ASPECTO/TRATAMENTO \_\_\_\_\_  
SENSIBILIDADE / MOTOCIDADE: PRESERVAÇÃO ☒ PLEGIA ☐ PARESTESIA ☐  
FREQUÊNCIA CARDÍACA: BRADICARDIA ☐ NORMOCARDIA ☒ TAQUICARDIA ☐  
NÍVELS PRESSÓRICOS: HIPOTENSO ☐ NORMOTENSO ☒ HIPERTENSO ☐  
PULSO: REGULAR ☒ IRRREGULAR ☐ IMPALPÁVEL ☐ FILIFORME ☐ CHEIO ☒  
PADRÕES RESPIRATORIOS: EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐  
OXIGENOTERAPIA: AMBIENTE ☒ MV ☐ W ☐ CNE ☐ LWR ☐ HOOD/CPAP ☐ VM ☐  
FIO2: \_\_\_\_\_ SPO2: \_\_\_\_\_  
SIST. GENITOURINÁRIO: ESPONTÂNEA POR FRALDA ☐ SVD ☒ ASPECTO: \_\_\_\_\_  
(DIURSE) DISÚRIA ☐ POLIÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA ☐ HEMATÚRIA ☐  
SIST. GASTROINTESTINAL: VÔMITO ☐ SÓLIDO ☐ SNG/GTM ☐ NTP ☐ DIETA ZERO ☒  
(DIETA): \_\_\_\_\_  
ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: NORMAL ☐ AUSENTES ☒ DIARRÉICAS ☐ ASPECTO: \_\_\_\_\_  
ABDOMEN: PLANO ☒ FLÁCIDO ☐ GLC BOSO ☐ DISTENDIDO ☐ DOLOROSO À PALPAÇÃO ☐  
ACESSO(S) VENOSO(S): S/ACESSO ☐ PERIFÉRICO ☒ CENTRAL ☐ DISSECAÇÃO VENOSA ☐  
MEMBROS: BOA PERFUSÃO ☒ PERFUSÃO DIMINuíDA ☐ CIANOSE DE EXTREMIDADES ☐ EDEMA ☐ 4+ ☐  
CURATIVOS: TIPO: oclusão LOCAL: FO ASPECTO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> RISCO DE QUESA	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO	<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO
<input type="checkbox"/> RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> VIGILÂNCIA NO LEITO PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> DOR AGUDA
<input checked="" type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> MOTILIDADE GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE Desequilíbrio ELETROLÍTICO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO Desequilibrada: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE Desequilíbrio DO VOLUME DE LÍQUIDOS	CD/FR:

CD: CARACTERÍSTICA DE MODORA  
FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

# PREScrição da Enfermagem

## APRAZAMENTO

- ☒ REGISTRAR SINAIS VITAIS E REALIZAR BALANÇO HÍDRICO
- ☐ PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE
- ☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR
- ☐ REGISTRAR FACES DE DOR
- ☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES
- ☐ AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE
- ☐ VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS
- ☐ REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA DUAS HORAS
- ☒ REALIZAR BANHO NO LEITO, HIGIENE OCULAR, NASAL E ORAL
- ☐ REALIZAR TROCA DE FIXAÇÃO DE: ( ) TOT ( ) TOT ( ) SGO/SDE ( ) SNG/SNE ( ) SVD ( ) AVP ( ) AVC ( )
- ☐ AVALIAR NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA E REALIZAR O PROCEDIMENTO
- ☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAGNÓSTICOS IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE
- ☒ MANTER ELEVADAS AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA
- ☒ MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSE, NÁUSEA E CAPACIDADE DE DEGLUTIR
- ☐ OBSERVAR E REGISTRAR SINAL DE EDEMA
- ☐ REGISTRAR FREQUÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DAS ELIMINAÇÕES
- ☐ ASPIRAR E TESTAR REFLUXO DE SNG/SNE ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DA DIETA/MEDICAÇÃO
- ☐ MANUSEAR ACESSO VENOSO COM LUVA, GAZE E ÁLCOOL A 70%
- ☒ REALIZAR RODÍZIO DO SENSOR DE OXIMETRIA
- ☐ AFERIR E REGISTRAR PVC
- ☐ TROCAR SELO DO DRENO TORÁCICO A CADA 24H
- ☒ REALIZAR LIMPEZA, ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE DO PACIENTE E DESINFECÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E ESTETOSCÓPIO COM ÁLCOOL A 70%

TEC. ENF. (M)

TEC. ENF. (T)

TEC. ENF. (R)

*Magalhães Lucio*  
(16/02)

## RESULTADOS ESPERADOS:

## TROCA DE DISPOSITIVOS

DISPOSITIVO	DATA DE INSERÇÃO	APRAZAMENTO	DATA DA TROCA	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA
SGO/SNG	17/02	SGO/SNG 4 dias	21/02		
SNE		SNE Trimestral			
SVD	17/02	15/30 dias e/ou SN	17/03		
URINÁRIO (FO)		Gaze comum: Diário			
URINÁRIO (AVC)		Gaze comum: Diário			
		Biclavado: 7 dias			
CIRCUITO DE VM		15 dias e/ou SN			
FILTRO DE VM		4 dias e/ou SN			
UMIDIFICADOR	17/02	4 dias	21/02		
ASPIRADOR		48/12 horas			
LATEX		24/24 horas			
EQUIPO S/MFES	17/02	72/72 horas	21/02		
EQUIPO NTP		24/24 horas			

## INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

## INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

11h. Realizado TC de urânio após avaliação por Dra. Patrícia (Neuro). Realizado curativo em TC. Retirado SNG por orientação médica.

Paciente sem intercorrências

Mr. Isabela F. Castro de Lima  
ENFERMEIRA

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO

Manter nível EBC, porém estável abaixo  
SNG aberta, resp. ar auto, d.v.  
Monitorar, anotar, resumo por SVD  
Fique sob cuidados.  
Realizado TC de crânio, Beturada SNG  
por Ordem Médica.

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO

Manter nível EBC, porém estável  
SNG aberta, resp. ar auto, d.v.  
Monitorar, anotar, resumo por SVD  
Fique sob cuidados.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

MIC 146707

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

Vanila 38460

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS

ÚLTIMA EVACUAÇÃO:

ASPECTO:

BALANÇO HÍDRICO ATUAL:

BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:

BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:

FERIDAS / LESÕES

CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS

ENFERMEIRO:

ENFERMEIRO:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

1E: Jordon Silva Marques

FD: TCE

SETOR: VT - 1000

LEITO: 04 . DATA: 19 / 02 / 10

[illegible]

GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: JOÃO ANDERSON SILVA MARQUES Registro: 1277354 Leito: 07 Setor Atual: UTI-P  
 Idade: 44 Sexo: M Cor: Pardo Estado Civil: --- Nacionalidade: Brasileiro Profissional:  
 Procedência: ( ) Menor ( ) Amarela ( ) Verde ( ) UTI (X) CC ( ) Via: ( ) Residência ( ) Outro:  
 Data da internação hospitalar: 18/02/16 Data da internação no setor: 18/02/16  
 Tem um cuidador/Responsável: ( ) Quem?  
 Telefone: Tem acesso a uma UBS: ( ) Qual:

## 2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

## 3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Trauma de crânio

## 4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5 °C, P: 108 bpm, FR: 24 lpm, PA: 143/77 mmHg, FC: 108 bpm, SpO2: 100 %  
 HGT: mg/dl, Peso: Kg, Altura: cm Dor: ( ) Local: Obs:

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

## 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro:  
 GLASGOW (3-15): Drogas (Sedação/Analgésico):

Pupilas: (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobidade Física: (X) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parosteia Local:

Linguagem: Alteração: ( ) Qual? ( ) Dislalia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disgrafia

Obs:

## OXIGENACAO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter nasal ( ) Venturi ( ) Bn ( ) Traqueostomia ( ) Airc/Tubo T

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

(X) Supn ( ) Taquipneia ( ) Bradipneia ( ) Dispneia ( ) Outros:

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

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

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

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

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

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

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

**SEGURANÇA FÍSICA**
☒ Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda Observação:
**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**
 Pulso: ☒ Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Fibrilante ( ) Cheio

 Pele: ☒ Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fra ( ) Aquecida

 Tempo de enchimento capilar: ☒  $\leq 3$  segundos ( )  $> 3$  segundos ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? \_\_\_\_\_ Frequência: ( )

 Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros: Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

 Cateter vascular: ☒ Periférico ( ) Central ( ) Dissecção: \_\_\_\_\_ Localização: \_\_\_\_\_ Data da punção: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca Observações:

**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**
 Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ☒ Obeso

 Dentição: ☒ Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese

Alimentação: ( ) IVG ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT Hora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

 Abdômen: ( ) Normotenso ☒ Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

 RHA: ☒ Normotivos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Consistida há \_\_\_\_\_ dias ( ) Outros:

 Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ☒ SVD: Débito \_\_\_\_\_ ml/h:

Aspecto: ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Observações:

**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**
 Condição da pele: ( ) Inteira ( ) Ressecada ( ) Equimoses ☒ Hematomas ( ) Escorções: ( ) Outros:

 Coloração da pele: ☒ Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado

 Condições das mucosas: ☒ Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )

Incisão cirúrgica: ( ) Local Aspecto: \_\_\_\_\_ Curativo em: \_\_\_\_\_

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: \_\_\_\_\_ Débito: \_\_\_\_\_ Retido em: \_\_\_\_\_

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Descrição: \_\_\_\_\_ Curativo: \_\_\_\_\_

**CUIDADO CORPORAL**
 Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ☒ Parcialmente dependente Observações:

 Higiene corporal: ☒ Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória

 Limitação física: ☒ Acamado ( ) Cadorna de rodas ( ) Outro:
**SONO E REPOUSO**

( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido Observações:

**6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS****COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**

Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Modos:

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

**7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS****RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante Observações:

**INTERCORRÊNCIAS**

16:00 - Adolescente admitido do CC, em 101 de trauma de crânio em 02 ambiente, AVP em MSE, dreno de sucção em região cervical, apresentando hematomas em região ocular. Segue sob cuidados intensivos.

Planteia apresentar hematomas segue sob cuidados intensivos. Intubado sem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 18/02/16

HORA: \_\_\_\_\_ h

Fleswref

## ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO

Às 16:00 h. Paciente admitido neste setor vindo do C.C. vítima de acidente de moto, fratura de fratura no crânio, SVD com diurese presente normal, consciente, realizado SVD e monitorizado, segue sob as cuidados da enfermagem.

Assinatura 425050

## ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO

Paciente admitido neste setor vindo do C.C. vítima de acidente de moto, fratura de fratura no crânio, SVD com diurese presente normal, consciente, realizado SVD e monitorizado, segue sob as cuidados da enfermagem.

234 - Pac. apresenta Vômito (Sangue 2x (250 ml) 1x 140 ml) e melhora febre 38,5°C, monitorado pela enfermagem.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

## SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS

ÚLTIMA EVACUAÇÃO:

ASPECTO:

BALANÇO HÍDRICO ATUAL:

BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:

BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:

FERIDAS / LESÕES

CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS

ENFERMEIRO:

ENFERMEIRO:



FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME Anderson Silva Marques

ID: TCE

SETOR UTI - INF

LEITO: 07

DATA 18/02/16

HORÁRIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	12H	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H					
PARTERIAL																														
PULSO/FC										102	102				98	98		98	98		98	98		98	98					
TEMPERATURA										36,2	36,2				36,2	36,2		36,2	36,2		36,2	36,2		36,2	36,2					
RESPIRAÇÃO										24	24				20	20		20	20		20	20		20	20					
SAT O2										100%	100%				96%	96%		96%	96%		96%	96%		96%	96%					
PVC																														
PIA																														
HGT																														
I N F U S O E S V E N O S A S																														
SF 0,9%																			500	500					1000					
SRL																														
SG 5%																			679						509 1099					
SORO EXTRA																														
SEDACAO																														
ANALGESIA																														
MEDICAÇÕES																			404,30						404 713					
NORA																														
DORA																														
HEMODERIVADOS																														
NPT																														
I N F U S O E S V E N O S A S																														
DIETA																														
AGUA																														
MEDICAÇÕES																														
D R E N A G E N S																														
SNG-VÔMITOS																														
FESES																														
DIURESE																														
HEMODIALISE																														
DRENO TÓRAX D																														
DRENO TÓRAX E																														
DRENO SUCCAO																														
D. CAVITARIO																														
DVE																														
GANHOS 12H DIA=					PERDAS 12H DIA=					BH DIA=					GANHOS 12H NOITE=					PERDAS 12H NOITE=					BH NOITE=					
															2406					2573					338					
GANHOS 24H DIA=					PERDA 24H + 1000ML=															BH 24H=										
ASSINATURA:												ASSINATURA:																		

Sr(a): JOANDERSON SILVA MAROLTS

Protocol: 0000260057

56

SAGINTORM AND

Do(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA

Date: 18-02-2016 19:10

1995

CORPORATION

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Islander: \_\_\_\_\_ Is. name: \_\_\_\_\_

### Dealing

Lundberg, 1977

## ALANINE AMINOTRANSFERASE (ALT/TGP)

39 U/I

Edic cia Macedo de Fran o  
Biomedica  
CBBM 4732

0025-5518 (1998) 5:151-157

<b>Sr(a):</b> JOANDERSON SILVA MARQUES	<b>Protocolo:</b> 0000260057	<b>RG:</b> NÃO INFORMADO
<b>Dr(a):</b> SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA	<b>Data:</b> 18-02-2016 19:10	<b>Origem:</b> UTERINATICA
<b>Convênio:</b> HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	<b>Idade:</b> 14 anos	<b>Destino:</b> Loba - 97

**URÉIA**

DATA DA COLETA: 18/02/2016 19:10

**Resultado:** 18 mg/dl

Resultados anteriores:

Materiais: Soro

Método: Sistema Automatizado DEACON

Referência:

**CREATININA**

DATA DA COLETA: 18/02/2016 19:10

**Resultado:** 1,0 mg/dl

Resultados anteriores:

Materiais: Soro

Método: Automatizado CH-20A WITCON

Resultados anteriores:

Materiais: Soro

Método: Automatizado CH-20A WITCON

**ASPARTATE AMINOTRANSFERASE (AST/TGO)**

DATA DA COLETA: 18/02/2016 19:10

**Resultado:** 32 U/L

Resultados anteriores:

Materiais: Soro

Método: Automatizado CH-20A WITCON

Referências: 0,2 a 1,0 mg/dl  
Crianças: 0,2 a 1,0 mg/dl  
Adultos: 0,2 a 1,0 mg/dl  
Pacientes Nefrolíticos: 0,2 a 1,0 mg/dl  
Creatinina  
em Soro de  
Soro  
Soro de pacientes contendo  
diálise  
Creatinina  
resultado de creatinina

Referência: 0,2 a 1,0 U/L

Método: 10 a 35 U/L

*Edicléia Macedo de França*  
**Edicléia Macedo de França  
Biomédica  
CRBM 4732**

<b>Sr(a):</b> JOANDERSON SILVA MARQUES	<b>Protocolo:</b> 0000260857	<b>RG:</b> SAO INFORMADO
<b>Dr(a):</b> SEM IDENTIFICACAO MEDICA	<b>Data:</b> 18-02-2016 19:10	<b>Origem:</b> UCI PEDIATICA
<b>Convênio:</b> HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	<b>Idade:</b> 14 anos	<b>Destino:</b> 100-07

**TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA 30.2 seg**

UNIDADE NA CONTA: 00000000000000000000  
Nomenclatura: Plasma  
Detalhe: Coagulacao/Automatizada NMB-00401520

Unidade de Rotatividade  
17 a 35 segundos  
Atividade de Rotatividade: 17 a 35 segundos  
A TTPA pode estar aumentada em indivíduos em uso de anticoagulantes orais, antiplaquetários, fibrinolíticos e heparina.  
A redução de TTPA pode ser observada em indivíduos em uso de anti-hipertensivos, digoxina, contraceptivos orais, tetraciclina e metotrexato conjugados.

**TEMPO E ATIVIDADE DE PROTROMBINA**

UNIDADE NA CONTA: 00000000000000000000  
TEMPO DE PROTROMBINA 18.2 Seg  
ATIVIDADE DE PROTROMBINA 62 %  
INR 1.47  
Resultado atividade:  
Plasma Controle 12.5

17 a 19 seg  
Atividade de atividade de protrombina  
Intervalo 1.2

Unidade de Rotatividade  
Detalhe: Coagulacao/Automatizada NMB-00401520

*Macêdo de França*  
Edicéia Macêdo de França  
Biomédica  
CRM 4732



Nº(a): JOANDERSON SILVA MARQUES      Protocolo: 0000260057      RG: SÃO CARLOS  
Data: SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA      Data: 18-02-2016 19:19      Origem: UTE PEDIÁTRICA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 14 anos      Destino: Lado A-D

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 18/02/2016 19:12]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	4.26 milhões/mm <sup>3</sup>	3.73 a 5.23 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	13,8 g/dL	12,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito	42 %	35,0 a 45,0 %
VCM	99 fL	82,0 a 101,0 fL
H.C.M.	32 pg	27,0 a 32,0 pg
H.C.M.	33 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos	12.300 /mm <sup>3</sup> (#)	(/mm <sup>3</sup> )	4.500 a 13.500 /mm <sup>3</sup>
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	2,0	246	
Segmentados	87,0	10.701	40 a 70 % = 4.000 a 7.000 /mm <sup>3</sup>
Eosinófilos	2,0	246	0,5 a 5,0 % = 500 a 500 /mm <sup>3</sup>
Basófilos	0	0	0,0 a 2,0 % = 0 a 200 /mm <sup>3</sup>
Linfócitos			
Típicos	6,0	738	20 a 45 % = 2.000 a 5.000 /mm <sup>3</sup>
Atípicos	0	0	
Monócitos	3,0	369	2,0 a 10 % = 200 a 1.000 /mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS	192.000 mm <sup>3</sup>		140.000 a 400.000 /mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

*Edicéia*  
Edicéia Macedo de França  
Biomédica  
CREM 4732





GOVERNO  
DA PARAIBA

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

UTI INFANTIL - PRESCRIÇÃO MÉDICA

LEITO

07

DATA:	NOME:	JOANDERSON SILVA MARQUES	IDADE:	14a	PESO:	110kg	DATA DE NASCIMENTO:
16/02/16	PRESCRIÇÃO E TRATAMENTO		DOSE	VI	INTERVALO		
Hodidays 2500g							
1. DIETA SUSPensa							
2. Venoclise							
SS 5%			500ml	5x 5ml	EV	6/8h	
NaCl 20%			4.4ml				
Kcl 10.1%			5.0ml				
3. MEDICAÇÕES							
DO	# Cefuroxima 750mg - 1 FA + 250ml SF 0.9%				EV	8/8h	
	# Tramal 100mg - 1 FA + 100ml SF 0.9%				EV	8/8h	
	# Captopril 25mg - 1 CP + PA + 120ml H <sub>2</sub> O				VO		
	# Hidralazil 100mg - 1 FA + 250ml SF 0.9%				EV		
	# Dipirona 500mg/ml - 2AL + 10ML AD				EV	6/8h	ACM
	# Clonoprazol 40mg - 1 FA + 10 ml AD			5.0 ml	EV	24/24h	
	# SF 0.9%			500ml	EV	ALL	
	# Nauseazon 14mg/ml - 4.0ml + 10 ml de SF 0.9%				EV	8/8h	
4. CUIDADOS							
# CABELLEIRIA - FICAR A 35 GRAUS							
# BH PA - FICAR A 35 GRAUS							
# Manter cabeç							
# Medir o peso							
# Aplicação de N							

16/02/16  
MARCOS  
CRM 100.702



Conduta:

1) Nutricional: Dieta livre Bando

2) Hidroeletrolítico: Monitorado

3) Respiratório: Monitorado

4) Infecioso: Monitorado

5) Hemodinâmico: Monitorado

6) Sedação: Sem Sedação

7) Suporte: Omeprazol 40mg  
Lidocaina 300mg/100cc  
Furosemida (5/10), Dexametasona (5/10)  
Nasobron (4mg/10ml), 4ml (18/18h)

8) Exames:

9) Parecer:

CRAM-PR  
CAMPUS PR  
CAMPUS PR

Conduta = Alto do UTI Pediátrica



Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
19/02/16	Análise de morte	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	9410298% (0,143353/96). Visto pelo médico	
	Ate 79- 724	
	Ate 20-2014	
	Ate 0	
	Análise 1 p/ análise	
	Estrutura 0	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	
	Análise de morte 51 unidades, suprimidas	

WDE 32



Conduta:

1) Nutricional: Dieta magra  
Retenida SNG

2) Hidroeletrolítico: mantido OIV 100% SNG  
Na 3, K 2,5

3) Respiratório: sem ventilação

4) Infeccioso: mantido SNG

5) Hemodinâmico:  $\emptyset$

6) Sedação:  $\emptyset$

7) Suporte: mantido

8) Exames:  $\checkmark$  CAP + HPA - negativo

9) Parecer:



Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
	CAPC 25.10.4	
	<p>Pariente afectado, conmutivo</p> <p>Abdomen: flaccido, deformativo</p> <p>Abdomen a palpación: SNA</p> <p>Sigmoide</p> <p>Lesiones: a bolsones</p>	<p>Dr. Joaquín Benito Sanguino</p> <p>MEJICO</p> <p>CRM-PB 10.216</p>
14/02/16	<p>A este paciente de 45 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	
	<p>Se le realizó una laparoscopia para la resección de un tumor en el colon sigmoideal.</p>	



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

NOME	N.º PRONTUÁRIO
João de Deus Silva Marques	147834-22988
ENF.	LEITO
	7

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
18/02/16	Evolução Clínica	
	Contato	
	AT: 36,5°C	Taxa: 50bpm
	AFC: 108 - 17	Pressão: 145/90 mmHg
	AFR: 24 - 20	DO: 1,09 ml/kg/h
	ASPQ: 100 - 98	Exercício: 100%
	APR: 143/23 (11)	Diagnóstico: 0
	BH:	
	Intubação e P	
	Evolui com ECG, hipoxia, indurácia	
	gripal, impureza, perfusão pobre	
	APC: 100 @ 5/10h	
	AC: 100 @ 5/10h	
	add. de paracetamol 5/10h	
	sol. soro fisiológico	
	SN: benzocaina, amoxicilina	
	Col. mantida	
	3.00 paracetamol 5/10h	
	3 episódios de vômito com	
	resíduo vivo	
	sol. suco de limão 5/10h	
	SF 0,9% 500ml	
	126T	

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
19/02/16	<p>410: TCE para residente em domicílio</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p>	
	<p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p>	
	<p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p>	
	<p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p>	
	<p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p>	
18/02/16	<p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p>	
17/02/16	<p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p>	
	<p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p>	
	<p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p>	
	<p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p>	
	<p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p> <p>Atividade de ensino e aprendizagem</p>	

Dr. Paulo de Almeida  
Neurologista  
CRM 10216

Atividade de ensino e aprendizagem

Dr. Paulo de Almeida

Atividade de ensino e aprendizagem

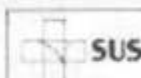




NOME <i>Apresentaram-se a Srta. Marques</i>	Nº PRONTUÁRIO
UTI	EXE LITIO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
15/02/16	Admissão	
26h	UPI Pedestres	
	Paciente, 14 anos, encaminhado de centros comunitários após atendimento de hemorragia exten- siva. Foi E por TCE após acidente automobilístico. Por volta de 14h, o paciente chegou com acidente importante, internado na UCI, sendo na cidade de São João del-Rei, estando em espera na emergência. Não apresentava feridas de con- cussão, embora tenha sido vítima de TCE. O pa- ciente não apresentava comprometimento respiratório e hemodinâmico satisfatório.	
	No momento, se encontra acordado, corrente, orientado, com Glasgow 15. Nada de outros exames.	
	Do exame ECG, supraventricular, bradicárdico (21/91), indis- tinto, regular, rítmico, com 12 derivações, paroxístico, corrente e orientado. Glasgow 15 ACV: ECT 21/91/100 AR: MVZ sup com VAS ABD: Abdome, dolor, indurável, indur- tável, não doloroso, sem VAS, RUA @ Exr: sem alterações, paroxístico (TCE 3.0), sem alterações graves, com 12 derivações. Cabeça: exame neurológico lateral, com alteração mais evidente de E. Comete normal sem sinais de comprometimento não mais ativo.	

GOVERNO  
DA PARAÍBASECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESSistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO) ESPECIAL(AIS)Folha  
1/2

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR		4 - CNES	
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
6 - NOME DO PACIENTE		7 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
8 - DATA NACIONAL DE SAÚDE (DN)		9 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA VIZINHA RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CEP)		13 - CID	
14 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA		15 - CID	
16 - CID DO PROCEDIMENTO		17 - CID	
18 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19 - IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR	20 - CID DO PROCEDIMENTO ANTERIOR
21 - IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ATUAL	22 - CID DO PROCEDIMENTO ATUAL
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID DO PROCEDIMENTO
25 - CID DO PROCEDIMENTO	26 - CID DO PROCEDIMENTO

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

27 - IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	28 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
29 - IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
31 - IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
35 - IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

## 36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de TCE e MED

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		38 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
39 - DOCUMENTO		40 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
41 - N° DOCUMENTO INSCRIÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - CID		44 - CID	
AUTORIZAÇÃO			
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
47 - DOCUMENTO		48 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
49 - N° DOCUMENTO INSCRIÇÃO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
51 - CID		52 - CID	

Unidade de Tratamento Intensivo  
**CONTROLE GERAL**

Name: \_\_\_\_\_

James W. Moore, Editor

Idade:

Data de Nascimento:

Leito:

64

[illegible]

ME	021
INIC	1.43

C21  
1.43

MCD 010



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Paulo Henrique SPZ* Registro: *82* Leito: *82* Setor Atual: *Red*

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: *92* °C: *36,2* Lpm: FR: *18* lpm: PA: *110/70* mmHg: FC: *92* bpm: SPO2: *98* %  
HGT: *1,70* m: Peso: *70* Kg: Altura: *1,70* cm Dor: ( ) Local: *Costado direito* Obs: *Costado direito*

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro: *GLASGOW (3-15):* Drogas (Sedação/Analgesia): *Midazolam 2mg IV*  
Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotoirreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas  
Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Parosia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:  
Linguagem: ( ) Clara ( ) Distonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disortria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % *24* L/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T  
( ) VMNI ( ) VMI TOT n° *1* Comissura labial n° *1* FiO2 *0,21* % PEEP *5* cmH2O

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto: *100 ml* Dreno de tórax: ( ) D ( ) JE ( ) Selo d'água

Data da inserção do dreno: *10/10/2019* Aspecto da drenagem torácica: *Amarelo*

Gasometria arterial: PH *7,38* PCO2 *30* PO2 *100* HCO3 *22* EB *-2* SpO2 *98* Data: *10/10/2019* Hora: *14h*

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

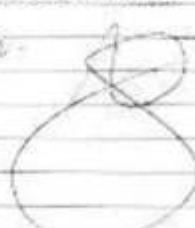
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorose <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquosa			
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> $\leq 3$ segundos <input type="checkbox"/> $> 3$ segundos <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>			
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?		Precordialgia: <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopros <input type="checkbox"/> Outros: Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização:		Data da punção: ____/____/____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:			
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>			
Tipo somático: <input type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Cachectico <input checked="" type="checkbox"/> Obeso			
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Garçonete <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT. Hora:		Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:			
RHA: <input type="checkbox"/> Normotivos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados			
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipação há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> ISVD. Débito ____ ml/h.			
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros:		Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>			
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Outros:			
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica		Turgor da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input checked="" type="checkbox"/> Secas. Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>			
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local. Aspecto:		Curativo em ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:		Débito: ____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: ____ Local: ____		Descrição: ____ Curativo: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>			
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória		Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:			
<b>SONO E REPOUSO</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:			
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>			
<b>COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/vizinhos		<input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>			
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>			
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:			
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>			
1 ch. 14h. 16h. 18h. 20h. 22h. 24h.			
			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: 14/02/16 HORA: 8	

Paciente:

Júlia da Silva

Enfermeira:

8

Lote:

2

Data:

23.02.16.

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação	Diuréticos ( )	Desidratação ( )	Estresse ( )	Outro ( )	Adesão alimentar ( )	Dor à evacuação	Outro ( )
		Habitos de evacuação irregulares ( )	Lesão neurológica ( )			Anorexia ( )	Dor abdominal ( )	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ( )	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )			Cavidade bucal ferida ( )	Diarreia ( )	Outro ( )
		Fatores psicológicos ( )	Outro ( )			Dor abdominal ( )	Mucosas pálidas ( )	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ( )	Dor ( )	Fraqueza ( )	Outro ( )	Incapacidade de acessar o banheiro ( )		Outro ( )
		Anestesia ( )				Incapacidade de lavar o corpo ( )		
4	Dor aguda	Agentes físicos (Ex: Biotécnicos, químicos, físicos, psicológicos) ( )				Akroscia na pressão sanguínea ( )		Outro ( )
		Outros ( )				Relato verbal da dor ( )		
5	Hipertermia	Anestesia ( )	Desidratação ( )	Trauma ( )	Outro ( )	Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( )		
		Aumento da taxa metabólica ( )				Taquicardia ( )	Taquipneia ( )	Outro ( )
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ( )	Circulação prejudicada ( )			Destruição de camadas da pele ( )	Inversão de estruturas do corpo ( )	
		Hipotermia ( )	Imobilização física ( )	Outro ( )		Rompimento da superfície da pele ( )		Outro ( )
7	Mobilidade Física prejudicada	Anestesia ( )	Desidratação ( )	Regime alimentar		Dificuldade para visualizar ( )	Dispneia ao esforço ( )	Outro ( )
		Prejuízo muscular esquelético ( )	Desuso ( )	Outro ( )		Movimentos descontrolados ( )		
8	Padrão respiratório ineficaz	Anestesia ( )	Dor ( )	Fadiga ( )	Obesidade ( )	Alterações na profundidade respiratória ( )		Dispneia ( )
					Outro ( )	Entupimento das vias de nariz ( )	Deformação ( )	Outro ( )
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Adesão ( )	Queimaduras ( )	Vômito ( )	Diarreia ( )			
		Drenos ( )	Outros ( )					
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos ( )	Defesas primárias inadequadas ( )					
		Procedimentos invasivos ( )	Outro ( )					
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ( )		Medicações ( )				
		Extremos da idade ( )	Agitação/Desorientação ( )					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlar o sono ( )		Outro ( )		Mudança do padrão normal do sono ( )		Outro ( )
		Ruído ( )	Imobilização física ( )			Relatos de dificuldade para dormir ( )		
13	Outro							
14	Outro							

## Diagnóstico

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

'aciente

Handwritten Section

Alojamento

7

Leito

2

## Convênio

## Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

22.02.16

Judo belt  
 Judo School  
 Judo Training in 2000  
 Judo Belt in 2000  
 Judo  
 Judo

$\frac{1}{2}$   $\frac{1}{3}$   $\frac{2}{3}$   $\frac{1}{6}$   
 $\frac{1}{2}$   $\frac{1}{3}$   $\frac{2}{3}$   $\frac{1}{6}$

Rev. A. Hogg

Evolutionary change is  
slow

230711 NA

Feb 2nd 1880  
1880-1881 pp. 1-10  
C. J. J. J. J. J.  
to 1880

Dr. Arnold P. B. Filko  
Neurologia - Neurochirurgia  
CRM 90 5772

**SEGURANÇA FÍSICA**  
☒ Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda Observação:

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**  
 Pulso: ☒ Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio  
 Pele: ☒ Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianótica ( ) Sódica ( ) Fria ( ) Aquecida  
 Tempo de enchimento capilar: ☒ < 3 segundos ( ) > 3 segundos ( ) Turgência jugular: ( )  
 Drogas vasoativas: ( ) Quais? \_\_\_\_\_ Precordialgia: ( )  
 Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros: Marcapasso: ( ) Translúcido ( ) Definido  
 Cateter vascular: ☒ Periférico ( ) Central ( ) Dissociação Localização: F( ) \_\_\_\_\_ Data de punção: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Edema: ( ) MMS ( ) MMH ( ) Face ( ) Anasarca Observações: \_\_\_\_\_

**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**  
 Tipo somático: ☒ Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Cachectico ( ) Obeso  
 Dentição: ☒ Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese \_\_\_\_\_  
 Alimentação: ☒ VO ( ) SNG ( ) SNS ( ) Gatrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT Hora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 Abdômen: ☒ Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 RHA: ( ) Normotivos ( ) Ausentes ( ) Anormais ( ) Aumentados  
 Eliminação intestinal: ☒ Normal ( ) Líquida ( ) Constipada há \_\_\_\_\_ dias ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 Eliminação urinária: ( ) Espontâneo ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ☒ SVO Débito: \_\_\_\_\_ ml/h  
 Aspecto: ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_

**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**  
 Condição da pele: ( ) Inteira ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ☒ Outras: \_\_\_\_\_  
 Coloração da pele: ☒ Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ☒ Preservado  
 Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( ) \_\_\_\_\_  
 Incisão cirúrgica: ☒ Local/Aspecto: \_\_\_\_\_ Curativo em: \_\_\_\_\_  
 Dreno: ☒ Tipo/Aspecto: \_\_\_\_\_ Débito: \_\_\_\_\_ Retirado em: \_\_\_\_\_  
 Úlcera de pressão: ( ) Estádio: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Descrição: \_\_\_\_\_ Curativo: \_\_\_\_\_

**CUIDADO CORPORAL**  
 Cuidado corporal: ☒ Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente Observações: \_\_\_\_\_  
 Higiene corporal: ☒ Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória  
 Limitação física: ( ) Acumulado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**SONO E REPOUSO**  
☒ Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Intermittido Observações: \_\_\_\_\_

**6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

**COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**  
 Comunicação: ☒ Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Mudo  
 ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**

**RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**  
 Tipo: ( ) Paciente ( ) Não praticante Observações: \_\_\_\_\_

**INTERCORRÊNCIAS**  
 Vaso = T = 312 mmHg do 11/11/11. O mesmo se repetiu, admi-  
 18/01/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 22/01/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 25/01/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 28/01/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 31/01/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 03/02/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 06/02/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 09/02/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 12/02/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 15/02/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 18/02/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 21/02/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 24/02/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 27/02/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 01/03/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 04/03/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 07/03/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 10/03/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 13/03/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 16/03/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 19/03/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 22/03/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 25/03/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 28/03/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 31/03/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 03/04/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 06/04/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 09/04/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 12/04/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 15/04/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 18/04/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 21/04/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 24/04/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 27/04/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 30/04/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 03/05/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 06/05/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 09/05/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 12/05/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 15/05/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 18/05/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 21/05/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 24/05/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 27/05/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 30/05/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 02/06/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 05/06/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 08/06/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 11/06/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 14/06/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 17/06/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 20/06/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 23/06/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 26/06/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 29/06/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 02/07/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 05/07/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 08/07/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 11/07/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 14/07/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 17/07/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 20/07/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 23/07/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 26/07/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 29/07/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 31/07/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 03/08/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 06/08/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 09/08/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 12/08/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 15/08/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 18/08/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 21/08/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 24/08/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 27/08/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 30/08/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 02/09/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 05/09/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 08/09/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 11/09/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 14/09/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 17/09/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 20/09/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 23/09/12 - PA = 130/90 mmHg. Diurético 30ml  
 26/09/12 - PA = 130/



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Jorderson Silva Marques		
End:	João de Deus Dantas	Bairro:	Aroeiras
Data de Nascimento:	08.06.01	Documento de Identificação:	
Queixa:	AA moto	Data do Atend:	18.02.16
		Hora:	9:10
		Documento:	

### Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fúria de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ( ) Normocrada ( ) Palida
Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Cama	

### Estratificação

- ☒ Vermelho - atendimento imediato  
☐ Verde - atendimento até 4 horas

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

Assinatura e carimbo do profissional  
F. J. Costa e Silva  
ENFERMEIRO  
COREN-PE 10146

Assinatura e carimbo do profissional



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-234




*Jo Anderson S. Marques*

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

**104.615.374-94**

Nome

JOANDERSON SILVA MARQUES

Nascimento

08/06/2001



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3 824 473 - 2ª VIA DATA DE EMISSÃO 31/10/2019

NOME

JOANDERSON SILVA MARQUES

FILIAÇÃO

IZAIAS JOSÉ MARQUES  
JANAINA TAVARES DA SILVA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

CAMPINA GRANDE-PB 08/06/2001

DOC ORIGEM

CERT. NASC. Nº22735 - LIV.A.23 - FL.5.23 - CARTORIO ARDEIRAS-PB

CPF

104.615.374-94

*Jo Anderson S. Marques*

LEI Nº 6.416 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 6175929687

1 758136463 \*\*\*\*\* 200

MARCELO DE ARAUJO NASCIMENTO  
RUA DA MANGUEIRA N 251  
CE MANGUEIRA  
51030-700 VIT. STO ANTAO-PE

028.492.774-01

KKR8215

9C2JC30101R155458

SANTOSILVA

HONDA/CG 125 TITAN KS

2001

2P/124CE

PARTIC

VERBOS

IPVA 2005 QUITADO	1	*****
IPVA	2	*****
*****	3	*****

SEGURO PAGO

FIDUCIARIA MAC HONDA LTDA

VIT. STO ANTAO

26/04/05

PEN: 6175929687

MARCELO DE ARAUJO NASCIMENTO  
RUA DA MANGUEIRA N 251  
CE MANGUEIRA  
51030-700 VIT. STO ANTAO-PE

028.492.774-01

KKR8215

SETE DE SEGURO DE VIT - VIA CONVENIO  
PEN: 6175929687

2005

26/04/05

MARCELO DE ARAUJO NASCIMENTO  
RUA DA MANGUEIRA N 251  
CE MANGUEIRA  
51030-700 VIT. STO ANTAO-PE

028.492.774-01

KKR8215

758136463

HONDA/CG 125 TITAN KS

2001

.09

9C2JC30101R155458

SEGURO PAGO

VIA CONVENIO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447191/19

**Vítima:** JOANDERSON SILVA MARQUES

**CPF:** 104.615.374-94

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 18/02/2016

**Titular do CPF:** JOANDERSON SILVA MARQUES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**JOANDERSON SILVA MARQUES : 104.615.374-94**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019  
Nome: JOANDERSON SILVA MARQUES  
CPF: 104.615.374-94

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019  
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO  
CPF: 395.237.804-68

JOANDERSON SILVA MARQUES

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447191/19

**Vítima:** JOANDERSON SILVA MARQUES

**CPF:** 104.615.374-94

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 18/02/2016

**Titular do CPF:** JOANDERSON SILVA MARQUES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**JOANDERSON SILVA MARQUES : 104.615.374-94**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019  
Nome: JOANDERSON SILVA MARQUES  
CPF: 104.615.374-94

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019  
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO  
CPF: 395.237.804-68

JOANDERSON SILVA MARQUES

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447191/19

**Número do Sinistro:** 3190694385

**Vítima:** JOANDERSON SILVA MARQUES

**CPF:** 104.615.374-94

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 18/02/2016

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOANDERSON SILVA MARQUES

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**JOANDERSON SILVA MARQUES : 104.615.374-94**

Autorização de pagamento

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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