



Número: **0800445-27.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **14/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes   |                                     |
|----------|-------------------------------------|
| Tipo     | Nome                                |
| ADVOGADO | AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO       |
| AUTOR    | ANDRE MADUREIRA SERAFIM             |
| RÉU      | SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A |

| Documentos |                    |  |                            |
|------------|--------------------|--|----------------------------|
| Id.        | Data da Assinatura | Documento  | Tipo                       |
| 18624 344  | 14/01/2019 11:16   | <a href="#">DOC 01. PROCURAÇÃO</a>                     | Procuração                 |
| 18624 355  | 14/01/2019 11:16   | <a href="#">DOC 02. DUT VEÍCULO</a>                    | Documento de Identificação |
| 18624 359  | 14/01/2019 11:16   | <a href="#">DOC 03. SAMU</a>                           | Documento de Comprovação   |
| 18624 371  | 14/01/2019 11:16   | <a href="#">DOC 04. HIPOSSUFICIENCIA</a>               | Informações Prestadas      |
| 18624 379  | 14/01/2019 11:16   | <a href="#">DOC 05. BO</a>                             | Documento de Comprovação   |
| 18624 397  | 14/01/2019 11:16   | <a href="#">DOC 06. RG CPF CNH</a>                     | Documento de Identificação |
| 18624 402  | 14/01/2019 11:16   | <a href="#">DOC 07. COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA</a>      | Documento de Identificação |
| 18624 407  | 14/01/2019 11:16   | <a href="#">DOC 08. COMPROVANTE ADMINISTRATIVO</a>     | Documento de Comprovação   |
| 18624 578  | 14/01/2019 11:16   | <a href="#">DOC 09. PRONTUÁRIO TRAUMA-otimizado 1</a>  | Documento de Comprovação   |
| 18624 586  | 14/01/2019 11:16   | <a href="#">DOC 09. PRONTUÁRIO TRAUMA-otimizado 2</a>  | Documento de Comprovação   |
| 18624 593  | 14/01/2019 11:16   | <a href="#">DOC 09. PRONTUÁRIO TRAUMA-otimizado 3</a>  | Documento de Comprovação   |
| 18624 601  | 14/01/2019 11:16   | <a href="#">DOC 09. PRONTUÁRIO TRAUMA-otimizado 4</a>  | Documento de Comprovação   |
| 18624 606  | 14/01/2019 11:16   | <a href="#">DOC 09. PRONTUÁRIO TRAUMA-otimizado 5</a>  | Documento de Comprovação   |
| 18624 618  | 14/01/2019 11:16   | <a href="#">DOC 10. PRONTUÁRIO TARGINO-otimizado 1</a> | Documento de Comprovação   |
| 18624 623  | 14/01/2019 11:16   | <a href="#">DOC 10. PRONTUÁRIO TARGINO-otimizado 2</a> | Documento de Comprovação   |
| 18932 805  | 31/01/2019 11:22   | <a href="#">Despacho</a>                               | Despacho                   |

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** ANDRÉ MADUREIRA SERAFIM, BRASILEIRO, SOLTEIRO, OPERADOR DE MÁQUINAS, RG 3.180.258 SSP PB, CPF 069.974.724-43, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA ALEXANDRINO CAVALCANTI BELO, 64, CENTRO DE CAMPINA GRANDE - PB.

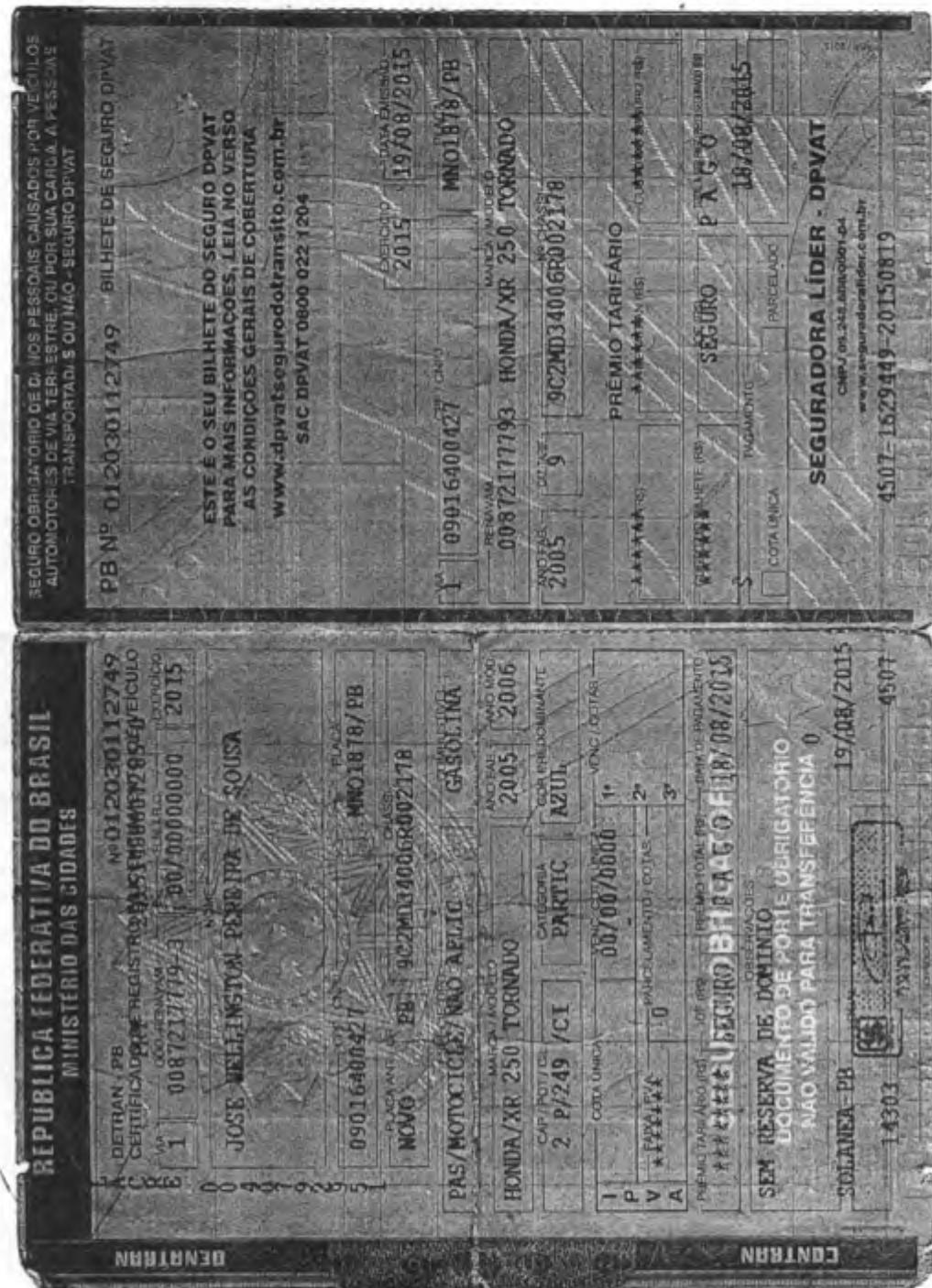
**OUTORGADO:** AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO, BRASILEIRA, SOLTEIRA, CPF 094.614.824-42, ADVOGADA OAB/PB 24.386, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL LOCALIZADO NA RUA CAPITÃO JOSÉ AMÂNCIO BARBOSA, 77, SALA 102, SÃO JOSÉ, CAMPINA GRANDE - PB, E-MAIL: amandaomontenegro@gmail.com.

**PODERES:** Para o foro em geral, com o fim especial de interpor Ação perante a JUSTIÇA, podendo praticar todos os atos judiciais inerentes ao bom cumprimento deste mandato, inclusive, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação e firmar compromisso, impetrar recurso e substabelecer, com ou sem reserva de poderes, até final decisão.

Campina Grande-PB, 11 de novembro de 2017.

x Andre' Madureira Serafin

Outorgante





Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional 192-CG



## DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins de direito, que o SAMU 192-CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente: André Madureira Serafim, vítima de acidente de trânsito, no dia 21 de Agosto de 2016, aproximadamente às 19s18min, End: Assis Chateaubriand – Bairro: Liberdade. Sendo o paciente atendido e removido para o Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 26 de Setembro de 2016.

Deoclecio Francisco da Nascimento  
Coordenador Administrativo

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB  
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, André Madureira Serafim, brasileiro, solteiro, operador de máquinas, RG 3.180.258 ssp PB, CPF 069.974.724-43, residente e domiciliado na rua Alexandrino Cavalcanti Belo, 64, centro de Campina Grande - PB, declaro para os devidos fins de direito que não possuo condições de arcar com as custas processuais e despesas judiciais sem causar prejuízos ao meu próprio sustento e de minha família, haja vista ser pobre na forma dos artigos 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

Campina Grande - PB, 12 de dezembro de 2017

X André Madureira Serafim

DECLARANTE

Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral Da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional De Polícia Civil  
Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos  
De Campina Grande



GOVERNO  
DA PARAÍBA



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°00099.01.2016.2.00.420**

Ocorrência(s)

**Suposto Autor:** Ignorado

**Tipificação:**

LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

**Endereço:** Avenida Assis Chateaubriand, Liberdade, Campina Grande, PB,

**Complemento:**

**Hora:** 19:18:00

**Data da Ocorrência:** 21/08/2016

**Forma da Comunicação:** Verbal

**Latitude:**

**Longitude:**

**Parte**

**Nome:** André Madureira Serafim

**Alcunha:**

**Idade:** 31

**Data de Nascimento:** 23/10/1985

**Telefone:** (83) 98712-7740

**Sexo:**

**Nacionalidade:** BRASILEIRA

**Estado Civil:** SOLTEIRO(A)

**Naturalidade:** Campina Grande

**Cor:** BRANCA

**Profissão:** Op. de Máquinas

**Documento de Identificação:**

CNH: 04540871915

VITIMA

**Mãe:** Alcileide Madureira Serafim

**Alcunha:**

**Pal:** Eraldo Cesar Leal Serafim

**Telefone:**

**Endereço:** rua Joaquim José do Vale, 197, Jardim Tavares, Campina Grande, PB

**Complemento:**

**Nome:** Wellington Nascimento Pereira

**Alcunha:**

**Idade:** 33

**Data de Nascimento:** 30/05/1983

**Telefone:**

**Sexo:**

**Nacionalidade:** BRASILEIRA

**Estado Civil:** CASADO(A)

**Naturalidade:** Campina Grande

**Cor:** BRANCA

**Profissão:** Vendedor

**Documento de Identificação:**

RG: 3190206 SSP/PB

TESTEMUNHA

**Mãe:** Lúcia de Fátima Nascimento Pereira

**Pal:** Marcos Antonio Clarindo Pereira

**Endereço:** rua Lino Gomes filho, 419-A, Santo Antônio, Campina Grande, PB

**Complemento:**



Viviane Oliveira de Sousa Cattaneo

Escrevente Autorizada

**AUTENTICAÇÃO**  
Dou Ie. (Art.365-III do CPC).  
Campina Grande/PB, 10/11/2016

Selo Digital: AEE55414-98XT  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Entrada R\$2,04 ISS R\$0,10 Farpen R\$0,25 MP R\$0,03 Fap) R\$0,51

2º Ofício de Atos de Execução - Pq  
Tabelião de Notas da Vila Jardim, Edifício  
Pq. da Vila Jardim, nº 101, Centro - 58020-000  
(83) 3221-4010

Procedimento Policial N°:00099.01.2016.2.00.420

Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral Da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional De Polícia Civil  
Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos  
De Campina Grande



GOVERNO  
DA PARAÍBA



TESTEMUNHA

**Nome:** Filipe de Farias Silva  
**Idade:** 25  
**Sexo:**  
**Estado Civil:** SOLTEIRO(A)  
**Naturalidade:** Campina Grande  
**Cor:** BRANCA  
**Profissão:** garçon  
**Documento de Identificação:**  
RG: 3573182 SSP/PB

**Alcunha:**  
**Telefone:**

**Mãe:** Maria Solange Araújo de Farias Silva  
**Pai:** Jarison Cavalcanti Silva  
**Endereço:** rua Maria Ivete Pedrosa de Albuquerque, 170, Cruzeiro, Campina Grande, PB  
**Complemento:**

Providências Adotadas/Exames Requisitados

Declarações

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/ 250 Tornado , Ano/Modelo 2005/2006, cor azul, Placa MNO-1878-PB, Chassi de Nº 9C2MD34006R002178, licenciada em nome de José Wellington Pereira de Sousa,quando trafegava na Avenida Assis Chateaubriand, bairro Liberdade, momento em que o condutor de um veículo Fox de sinais e condutor não identificado, que trafegava no mesmo sentido de repente entrou a esquerda da via,tendo o comunicante colidido na lateral do citado veículo,logo a vítima caiu ao solo e sofrido fratura do Fêmur do lado direito, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas .Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente

ADENDOS:

(fecho: Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.)



AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido.  
Dou fé. (Art.365-III do CPC).  
Campina Grande/PB-10/11/2016  
Selo Digital:AEE95415-0D61  
Consulte a autenticidade em <https://sciodigital.tjnb.jus.br>  
Emol R\$2,04 ISS R\$0,10 Farpen R\$0,25 MP R\$0,03 Fepj R\$0,51



Viviane Clevidia de Sousa Caíano  
Escrevente Autorizada

Procedimento Policial Nº:00099.01.2016.2.00.420

Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral Da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional De Polícia Civil  
Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos  
De Campina Grande



GOVERNO  
DA PARAÍBA



L.G. /PB, 08 de 11 de 16.

Luciano Bezerra Serra Seca

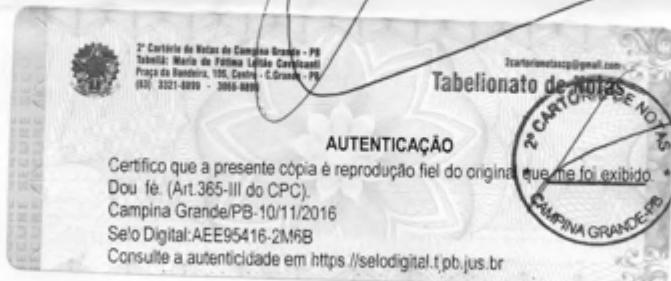
Delegado(a) de Polícia Civil

A. M. Montenegro Serrão

Assinatura do Noticiante

A. M. Montenegro Serrão

Escrivão De Polícia



Viviane Cleidilia de Sousa Caitano  
Escrevente Autorizada

Procedimento Policial N°:00099.01.2016 2 00 420

|                                      |                           |
|--------------------------------------|---------------------------|
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL |                           |
| REGISTRO<br>GERAL                    | 3.180.258 - 2             |
| DATA DE<br>EXPEDIÇÃO                 | 13/05/2013                |
| NAME                                 | ANDRÉ MADUREIRA SERAFIM   |
| PERÍCIAO                             | ERALDO CESAR LEAL SERAFIM |
| ALCILEIDE MADUREIRA SERAFIM          |                           |
| NATURALIDADE                         |                           |
| CAMPINA GRANDE - PB                  |                           |
| LOC. ORIGEM                          |                           |
| NASC. N. 36.870 FLS. 98V LIV. A. 34  |                           |
| CHP. CARTÓRIO 2 CAMPINA GRANDE - PB  |                           |
| 069.974.724-43                       |                           |
| RAZÃO FAMILIA - PR                   |                           |
| DATA DE NASCIMENTO                   | 23/10/1985                |
| ASSINATURA DO DETENTOR               |                           |
| LEI Nº 7.116 DE 26/08/83             |                           |

|                                      |                             |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL       |                             |
| MINISTÉRIO DAS CIDADES               |                             |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO    |                             |
| CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO     |                             |
| NOME: ANDRÉ MADUREIRA SERAFIM        |                             |
| DOC. EMISSOR: OPO SSP/PE             | SSP PB                      |
| CPF: 069.974.724-43                  | DATA NASCIMENTO: 23/10/1985 |
| PERMISÃO:                            |                             |
| ERALDO CESAR LEAL SERAFIM            |                             |
| ALCILEIDE MADUREIRA SERAFIM          |                             |
| PERMISSÃO:                           | ACD                         |
| VALIDEZ:                             | CATANA AB                   |
| 14/11/2018                           | 29/12/2008                  |
| DESTINAÇÕES:                         |                             |
| Assinatura: Andrei Madureira Serafim |                             |
| LOC.: CAMPINA GRANDE, PB             | DATA EMISSÃO: 14/11/2013    |
| Rodrigo Carvalho                     | 63183406210                 |
| ASSINATURA DO EMISSOR: PB027478190   |                             |
| DETIN - PB (PARÁ)                    |                             |

FRANCISCO DE ASSIS ROCHA CABRAL  
RUA ALEXANDRINO CAVALCANTI RELO, 64 - CENTRO  
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58100000 (AD: 401)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MÉDIO-AMCIQ Alça Sulsete - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP: 58423-700  
Rotero: 6-401-364-7400 Referência Jan/2017  
Nº medidor: B1074205608 Emissão: 11/01/2017

ENERGISA BORBOREMA - DIGITALIZADA DE ENERGIA DA  
CNPJ: 08.102.596/0001-05 Inc. Est: 16.000.000-12

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N000.003.067  
Código para Débito Automático: 00000111212

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora):

4/19621-2

Canal de contato

Jan / 2017

Apresentação

11/01/2017  
Data prevista da  
próxima leitura

08/02/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

21854211404  
Int. Ext.  
**Faturas em atraso**

|          | Anterior | Atual    | Constante | Consumo | Dias |
|----------|----------|----------|-----------|---------|------|
| 13/12/16 | 46957    | 11/01/17 | 46960     | 3       | 20   |

| Descrição                | Quantidade | Preço | Valor (R\$) |
|--------------------------|------------|-------|-------------|
| Custo de Disponibilidade |            | 13,10 | 0,00        |
| PIS                      |            | 0,12  | 0,12        |
| COFINS                   |            | 0,56  | 0,56        |

Histórico de Consumo  
(kWh)

|         |     |
|---------|-----|
| Dez/16  | 0   |
| Nov/16  | 0   |
| Out/16  | 30  |
| Sep/16  | 0   |
| Ago/16  | 0   |
| Jun/16  | 137 |
| Jun/16  | 128 |
| Mar/16  | 128 |
| Abri/16 | 121 |
| Mar/16  | 121 |
| Fev/16  | 111 |
| Jan/16  | 145 |

|        | BASE DE CALCULO | ALÍQUOTA | VALOR R\$ |
|--------|-----------------|----------|-----------|
| ICMS   | 0,00            | 0,00     | 0,00      |
| PIS    | 13,78           | 0,0946   | 0,12      |
| COFINS | 13,78           | 0,1206   | 0,56      |

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR**

Média dos últimos meses:  
RESERVA DO FISCO

18/01/2017

R\$ 13,78

3b02.50dd.0449.e957.eb09.e4a1.b2a5.deac.

Indicadores de Qualidade 11/2016 - Atualizado

| Límites da ANEEL | Apurado | Límite de Tensão (V) |
|------------------|---------|----------------------|
| DIOMENSAL        | 5,67    | 0,00                 |
| DICTRIMESTRAL    | 11,34   | NOMINAL              |
| DIANUAL          | 22,89   | 220                  |
| FIOMENSAL        | 4,47    | 0,00                 |
| FICTRIMESTRAL    | 8,94    | CONTRATADA           |
| FIANUAL          | 13,70   | LIMITE INFERIOR      |
| DMIC             | 3,29    | LIMITE SUPERIOR      |
| DCRI             | 12,22   | 231                  |

composição do valor total da sua conta

| Discriminação                         | Valor (R\$)  | %             |
|---------------------------------------|--------------|---------------|
| serviços de Dist. da Energia Elétrica | 4,47         | 32,46         |
| Compra de Energia                     | 8,65         | 62,26         |
| Serviço de Transmissão                | 0,33         | 2,39          |
| Encargos Setoriais                    | 1,85         | 13,97         |
| Impostos Diretos e Encargos           | 0,68         | 4,93          |
| Outros Serviços                       | 0,00         | 0,00          |
| <b>Total</b>                          | <b>13,78</b> | <b>100,00</b> |

Válor do US\$ (Ref. 11/2016) R\$ 5,30

**ATENÇÃO**

- Leitura confirmada

energisa  
BORBOREMA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

18/01/2017

R\$ 13,78

83640000000-3 13780147000-6 00196212017-4 01204010019-5





(1)

Buscar no site

**Seguro DPVAT**  
**Acompanhe o Processo de Indenização**

[Nova Consulta](#)

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3170084128 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA ANDRE MADUREIRA SERAFIM**

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

**BENEFICIÁRIO** ANDRE MADUREIRA SERAFIM

**CPF/CNPJ:** 06997472443

**Posição em 12-12-2017 07:20:09**

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

### ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx)  (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)  
Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)  
Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)  
Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

### PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)  
Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)  
Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



GOVERNO  
DA PABAIA

SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO RJ

## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

## **UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO**

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE: 1913, 14-15

Journal of Oral Rehabilitation 2003; 30: 103–109

**Endarmo** CO-OP. S.A.S. DE  
SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA  
**División de Novocruz**

Municipio: Estado: CEP:

Data Atendimento: 01/01/2024  
Data Nascimento: 01/01/2000  
Código do Município: 123456

RACIAL  
DISCRIMINATION

14 - AMARELA  
15 - INDÍGENA  
16 - PRETA  
17 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNÉSE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS

卷之三

卷之三

1996-1997  
Year 1997  
Year 1998

卷之三

REZIENDENZ DER UNDANTE

BESITZTANDE

ESTATE PLANNING

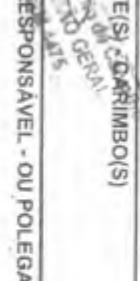
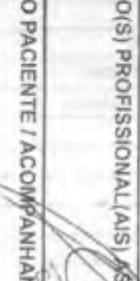
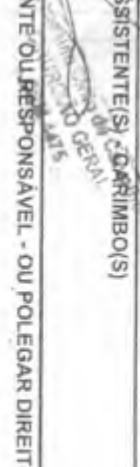
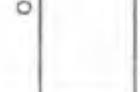
MATERIALS MEDICAMENTOSOS

卷之三

2. 2. 2. 2.

卷之三

DIAGNÓSTICO / CID: 63

| UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO  |  | FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL   |  |
|--|--|---|--|
| Código da Unidade: 00023671  |  | CNPJ:08-778.268/0001-60   |  |
| Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES   |  | Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  |  |
| Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS  |  | Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS   |  |
| Município: CAMPINA GRANDE  |  | Município: CAMPINA GRANDE   |  |
| Estado: PARAÍBA  |  | Estado: PARAÍBA   |  |
| UF:25  |  | UF:25   |  |
| DADOS DO PACIENTE  |  |   |  |
| Nome: JOSE ALBERTO DA SILVA  |  | Sexo: MASCULINO   |  |
| Profissão: COALHARTE   |  | Idade: 30 ANOS  |  |
| Endereço: RUA VILA NOVA, 2000  |  | Sexo: FEMININO  |  |
| Município: CAMPINA GRANDE  |  | Documento: NOVO CRUZEIRO  |  |
| Data Atendimento: 06/06/2010   |  | Barro   |  |
| Data Nascimento: 06/06/1980  |  | Estado: PERNAMBUCO  |  |
| Código do Município: 01000   |  | CEP: 58000-000  |  |
| TIPO DE ATENDIMENTO  |  |   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 01 - URGENCIA<br><input type="checkbox"/> 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA.<br><input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.<br><input type="checkbox"/> 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO.<br><input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS                         |  |   |  |
| MEDICAÇÃO  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> 01 - PRESCRITA<br><input checked="" type="checkbox"/> 02 - APLICADA   |  | <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO<br><input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL<br><input type="checkbox"/> ÓBITO<br><input type="checkbox"/> OUTROS |  |
| SERVIÇOS REALIZADOS:   |  |   |  |
| CÓDIGO / PROCEDIMENTO<br>CEO<br>IDADE  |  |   |  |
| ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) / ASSISTENTE(S) / CARIMBO(S)  |  |   |  |
| ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU PÓLEGAR DIREITO<br>   |  |   |  |
| ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)<br>   |  |   |  |
| <b>MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS</b><br>1. <br>2. <br>3. <br>4.  |  |   |  |
| <b>DIAGNÓSTICO / CID:</b>   |  |   |  |
| <b>CONSULTA BÁSICA (PAB):</b>   |  |   |  |
| <b>CONSULTA ESPECIALIZADA:</b>  |  |   |  |
| <b>UNIDADE DE CONSULTA:</b>   |  |   |  |

|  |  |
|--|--|
| Pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.                              |  |
| Tempo de enchimento capilar: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )                   |  |
| Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____  | Precordialgia ( )  |
| Ausculta cardíaca: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo |  |
| Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: USF   | Data da punção: 24/08/16   |
| Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:   |  |
| <b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>   |  |
| Tipo somático: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.   |  |
| Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.   |  |
| Alimentação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____                   | Data: _____ / _____ / _____  |
| Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:  |  |
| Abdômen: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normotônico ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:                                   |  |
| RHA: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados  |  |
| Eliminação intestinal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há _____ dias ( ) Outros:                       |  |
| Eliminação urinária: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito _____ ml/h; |  |
| Aspecto: ( ) Outros: _____   | Observações:   |
| <b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>   |  |
| Condição da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:   |  |
| Coloração da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) 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: ( ) Estágio:  | Local: _____ Descrição: _____ Curativo: _____ / _____ / _____  |
| <b>CUIDADO CORPORAL</b>  |  |
| Cuidado corporal: ( ) Independente ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Dependente ( ) Parcialmente dependente.                               | Observações:   |
| Higiene corporal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Satisfatória ( ) Insatisfatória  | Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória  |
| Limitação física: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:  |  |
| <b>SONO E REPOUSO</b>  |  |
| ( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sono interrompido.                                    | Observações:   |
| <b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>  |  |
| <b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>   |  |
| Comunicação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Preservada ( ) Prejudicada  | Sentimentos e comportamentos: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Cooperativo ( ) Medo ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros: |
| <b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>   |  |
| <b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>   |  |
| Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante.   | Observações:   |
| <b>INTERCORRÊNCIAS</b>   |  |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:                           |  |
| DATA: 24/08/16 HORA: 13:30 h   |  |

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

| RESULTADOS ESPERADOS:                  |      |        |   |    |    |     |         |           |                         |
|--|------|--------|---|----|----|-----|---------|-----------|-------------------------|
| REGISTROS                              |      |        |   |    |    |     |         |           |                         |
| DATA                                   | HORA | PA     | T | FC | FR | HGT | DIURESE | AVALIAÇÃO | ASSINATURA /<br>CARIMBO |
| 22/08/96                               | 8:00 | 120/80 | - | -  | -  | -   | -       | -         | <i>Assinatura</i>       |
| INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA  |      |        |   |    |    |     |         |           |                         |
| INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA |      |        |   |    |    |     |         |           |                         |

**Evolução de Enfermagem**
**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Andre Madureira | Registro: \_\_\_\_\_ | Leito: 3-2 | Setor Atual: UTI

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %  
 HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: Obs.: \_\_\_\_\_

**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**
**3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS**
**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro  
 GLASGOW(3-15): \_\_\_\_\_ | Drogas (Sedação/Analgesia): \_\_\_\_\_

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia | Local: \_\_\_\_\_

Linguagem: ( ). Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: \_\_\_\_\_

**OXIGENAÇÃO**

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T  
 () VMNI () VMI TOT nº | Comissura labial nº | FiO2 % | PEEP cmH<sub>2</sub>O

() Eupnênia; () Taquipnênia () Bradipnênia () Dispnéia () Outros: \_\_\_\_\_

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () 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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> 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 () Filiforme () Cheio.

|  |  |
|--|--|
| Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.   |  |
| Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>   |  |
| Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? - <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>   |  |
| Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. 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: <i>MSB</i> Data da punção: <i>/ /</i>   |  |
| Edema: <input checked="" type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações: <i>ms E</i>  |  |
| <b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>   |  |
| Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.  |  |
| Dentição: <input checked="" 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"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: <input type="checkbox"/> Data: <i>/ /</i> |  |
| 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 type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:  |  |
| RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <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"/> Constipado há <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> Outros:   |  |
| Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito <input type="checkbox"/> ml/h;                    |  |
| Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:   |  |
| <b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>   |  |
| Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:                            |  |
| 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 type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>  |  |
| Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto. Curativo em: <i>/ /</i>   |  |
| Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <i>/ /</i>  |  |
| Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: <i>/ /</i>  |  |
| <b>CUIDADO CORPORAL</b>  |  |
| Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:  |  |
| <b>SONO E REPOUSO</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input checked="" type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações: <i>out e pesquisas</i>   |  |
| <b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>  |  |
| <b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>   |  |
| Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/>                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <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>   |  |
| <i>Arreia: Sem dor</i>   |  |
| <i>Quiro: Vrto forte quando respira</i>  |  |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>[Assinatura]</i>  |  |
| Ellen Cristina P. de Lima<br>Enfermeira<br>Coren: 450728   | DATA: <i>21/03/16</i> HORA: <i>10h</i> |

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Andre Madureira | Registro: | Leito: 3-4 | Setor Atual: UTI

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: Obs.:

## EXAMES LABORATÓRIAIS ALTERADOS:

## 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (4) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro  
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

## OXIGENAÇÃO

Respiração: (4) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T  
( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

( ) Eufnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) 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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

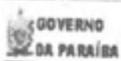
(4) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

|  |  |
|--|--|
| Pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> Corada) ( <input type="checkbox"/> Hipocorada) ( <input type="checkbox"/> Cianose) ( <input type="checkbox"/> Sudorese) ( <input type="checkbox"/> Fria) ( <input type="checkbox"/> Aquecida)  |  |
| Tempo de enchimento capilar: ( <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; ( <input type="checkbox"/> ) > 3 segundos. ( <input type="checkbox"/> Turgência júgular: ( <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"/> Sopro) ( <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: ( <input type="checkbox"/> Transitório) ( <input type="checkbox"/> Definitivo)                   |  |
| Cateter vascular: ( <input type="checkbox"/> Periférico) ( <input type="checkbox"/> Central) ( <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>USCL</u> )  | Data da punção <u>24/08/16</u>   |
| 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 checked="" type="checkbox"/> Nutrido) ( <input type="checkbox"/> Emagrecido) ( <input type="checkbox"/> Caquético) ( <input type="checkbox"/> Obeso)   |  |
| Dentição: ( <input checked="" type="checkbox"/> Completa) ( <input type="checkbox"/> Incompleta) ( <input type="checkbox"/> Prótese)   |  |
| Alimentação: ( <input checked="" type="checkbox"/> AVO) ( <input type="checkbox"/> SNG) ( <input type="checkbox"/> SNE) ( <input type="checkbox"/> Gastronomia) ( <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"/> Normotensão) ( <input type="checkbox"/> Distendido) ( <input type="checkbox"/> Tenso) ( <input type="checkbox"/> Ascítico) ( <input type="checkbox"/> Outros)   |  |
| RHA: ( <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos) ( <input type="checkbox"/> Ausentes) ( <input type="checkbox"/> Diminuídos) ( <input type="checkbox"/> Aumentados)   |  |
| Eliminação intestinal: ( <input type="checkbox"/> Normal) ( <input type="checkbox"/> Líquida) ( <input checked="" type="checkbox"/> Constipado 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"/> SVD: Débito ml/h;   |  |
| Aspecto: ( <input type="checkbox"/> Outros): Observações:  |  |
| <b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>   |  |
| Condição da pele: ( <input type="checkbox"/> Integra) ( <input type="checkbox"/> Ressecada) ( <input type="checkbox"/> Equimoses) ( <input type="checkbox"/> Hematomas) ( <input type="checkbox"/> Escoriações) ( <input type="checkbox"/> Outro)  |  |
| Coloração da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada) ( <input type="checkbox"/> Hipocorada) ( <input type="checkbox"/> Ictérica) ( <input type="checkbox"/> Cianótica)  | Turgor da pele: ( <input type="checkbox"/> Preservado)   |
| Condições das mucosas: ( <input type="checkbox"/> Úmidas) ( <input 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 checked="" type="checkbox"/> Outro)  |  |
| <b>SONO E REPOSO</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, GREGÁRIA 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 checked="" type="checkbox"/> Ansiedade) ( <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita) ( <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>   |  |
| Acne <u>Alp usd. 24/08.</u><br>diurese <u>+</u><br>evasões <u>0 sobr.</u><br>dulp = <u>evap</u><br>sono = <u>sono profundo</u><br>queixas = <u>si qd</u><br>evasão = <u>NDN</u><br>diurézia = <u>principalem</u> <u>toress em mid.</u><br>Acidentes de <u>Moto</u><br><u>Ag ururgia!</u> |  |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro de plantão<br>Atualizado em 24/08/2016<br>Enfermeiro: <u>...</u><br>COREN-PB 232.903  |  |
| DATA <u>24/08/16</u> HORA <u>10</u> h  |  |

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

|                |                         |
|----------------|-------------------------|
| PACIENTE:      | ANDRE MADUREIRA SERAFIM |
| DATA DO EXAME: | 21/08/2016              |

**ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”**

**METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

**ANÁLISE:**

**Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.**

Fígado de dimensões normais, contornos regulares e ecogenicidade normal. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anatômicos, com veia porta de calibre normal.

Vesícula biliar de topografia habitual, fisiologicamente distendida, com paredes de espessura normal, sem cálculos no seu interior.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de cálculo ou hidronefrose.

Veia cava inferior e aorta abdominal de calibre e contornos normais nos segmentos visibilizados.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.
- Demais órgãos e estruturas abdominais avaliadas sem alterações.

Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti  
CRM-SP: 131683 / CRM-PB: 6485  
Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

A. de Oliveira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

232.186

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

8 - DATA DE NASCIMENTO

23/10/1985

9 - SEXO

Masc

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

DDD

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

PB

15 - UF

16 - CEP

Kempino grande

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

### JUSTIFICATIVA DÁ INTERNAÇÃO

Venho informar que o paciente apresenta dor e edema em coraçao

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de TTO. cringa

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

R. de exame - RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - CNS

32 - CPF

33 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

36 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

21/03/16

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO CIEPE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CROR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - CNS

45 - CPF

46 - CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

**PREScrição**

À Unidade de Saúde  
21.08.16 21:20  
Com o Dr. com mui ZQ  
Gostaria de dizer que sou de Tamo.  
Onde moro é na Rua 111, nº 100, no bairro  
Flor da Cidade, PA: 120 x 40  
Soc. - Mato na Cidade  
- 005 cui, bairros na oeste

O Pediatria Dr. Wilson  
que é meu filho  
que é meu filho

**EVOLUÇÃO**

Ficha de Acolhimento

SAMU

|                       |  |                             |
|-----------------------|--|-----------------------------|
| Nome:                 | Anaé Medureira Serefin                         |                             |
| End:                  | Francisco Alves 373                            | Bairro: Novo Cuzentos       |
| Data de Nascimento:   | 23/10/1855                                     | Documento de Identificação: |
| Queixa:               | Data do Atend.: 22/08/16 Hora: 1000 Documento: |                             |
| Acidente de trabalho? | ( ) Sim  | ( ) Não                     |

muito

Classificação de Risco

|  |  |
|--|--|
| Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo  | Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente |
| Frequência respiratória:                             | Frequência cardíaca:                             |
| Pressão arterial:                                    | Temperatura axilar:                              |
| Dosagem de HGT:                                      | Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida              |
| Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca |  |

Estratificação

MOD. 110

Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

diagnóstico

4x click viewer

| ano | Ano/é                                     | Marcadores      | Abastecimento: | 5 | Lata | 4 | Comestível            |
|-----|---|-----------------|----------------|---|------|---|-----------------------|
| dia |   | Prestação Média | Habituado      |   |      |   | Bebê/crianças         |
| 8/8 | 1.Dia                                     | 01/02           |                |   |      |   | X DIK                 |
|     | 2.SR. 1500ml EV/24h                       |                 |                |   |      |   |                       |
|     | 3.Urgoflora 0004+ AD EV 05/06             |                 |                |   |      |   | FCR, econômico, ótimo |
|     | 4.Thal 20mg + AD EV 12/12h DND.           |                 |                |   |      |   |                       |
|     | 5.Oxipentaf 40mg EV/7dias                 |                 |                |   |      |   |                       |
|     | 6.Tramal 100mg + 100ml SF 0,5% EV 4/6h SR |                 |                |   |      |   |                       |
|     | 7.Nutriodion OI FA + AD EV 4/6h SR        |                 |                |   |      |   |                       |
|     | 8.Clostrina 40mg SC/dia                   |                 |                |   |      |   |                       |
|     | 9.SPRN+ 0006                              |                 |                |   |      |   |                       |

28.08.16 às 12:00 T36° PA 120x80

Paciente evoluí  
estábil, consciente,  
orientado, sem queixas  
no momento. Reclama  
migrações.

L.C.P.H. [Signature]

18/08/16 00:00 T36.8°C PA: 130x80 mmHg Paciente evolui bem, fiquei  
bem de sono com seu quadro  
físico estavel, tendo sido  
medicado tendo sido  
de sororé com  
a prescrição médica.  
Ricardo

dan

DR. RICARDO MONTENEGRO

envio

8/8

DIAGNÓSTICO

46 *Dieudonné*

24.08-16

42.34°C.

Sat 95%

P<sub>A</sub> 45

P<sub>A</sub> = 140 X 90

Paciente consentiu orientado  
pouco colaborativo medicado  
em que os cuidados de  
enfermagem paciente recuse  
aciso, medicado por via oral.  
Lido  
diferente

$$\frac{2.2}{0.8} \quad 22 \text{ h} \quad T 37^3\text{C} \quad P_A \frac{130}{80}$$

$\frac{2.2}{0.8}$

Paciente estava  
agendado para exame  
cognitivo. - Jeanne



## Diagnóstico

*fractura femur.*

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Andrade Madalena

Alojamento 5

Leito 1

Convênio

### Prescrição Médica

| Data  | Prescrição Médica                            | Horário | Evolução Médica |
|-------|--|---------|-----------------|
| 26/03 | 1. Diclo. 600mg                              | 15:00   | Cd. D 112       |
|       | 2. SGL 15000ml EV /24hr                      | 15:00   |                 |
|       | 3. Dipirona. 02ML + AD EV 6/6hr              | 15:00   | CCG setor       |
|       | 4. Isotul 20mg + AD EV 12/12 SN (SMD)        | 16      |                 |
|       | 5. Ormeprazol 40mg EV/14hr                   | 18      | APN U:OU        |
|       | 6. Thromol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 3/8hr SN |         |                 |
|       | 7. Nimesidol 01FA + AD EV 2/8hr SN           |         |                 |
|       | 8. Cetamina 40mg SC/dia                      |         | Cd. JPSN        |
|       | 9. SSYV + CCG                                |         |                 |

*J. M. Barros de Almeida  
HORARIO: 08:00  
PROFISSOR BARROS DE ALMEIDA  
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 9662*

*J. M. Barros de Almeida  
HORARIO: 08:00  
PROFISSOR BARROS DE ALMEIDA  
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 9662*



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE SAÚDE  
INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER

DIAGNÓSTICO

25-08-16

14 hs → 36<sup>5°</sup> . 120 x 80

Paciente em Vacoclore, realizado  
curativo endocôdo e uniforme branco e  
medico o excesso aguarda procedimento  
cirúrgicos katas

20 hs → 36<sup>5°</sup> 120 x 80

Katas

14 hs → 36<sup>5°</sup> 120 x 80  
(M2 - ) atrop. sol. sp.  
(vez) jto (9.20)

AMANDA JUNIOR

80135

A

5-1

DIAGNÓSTICO

Henry

SOCIETÀ DI BANCA

| Paciente                 | Atendeu                                   | Almoço  | Lanche  | Contendo |
|--------------------------|---|---------|---------|----------|
|                          |   |         |         |          |
| <b>Prescrição Médica</b> |   |         |         |          |
| Dia                      | Medicamento                               | Horário | Horário | Horário  |
| 1.05/06                  | 1. Nitro                                  | 1       | 2       | 3        |
|                          | 2. SMI 1500ml EV/24h                      | 16      | 22:30   | 00       |
|                          | 3. Diphena 02ml + AD EV 06/06h            | 16      |         |          |
|                          | 4. Thal 20mg + AD EV 12/12h               | 16      | 06:00   | 16       |
|                          | 5. Omprazol 40mg EV/jáman                 | 16      | 06:00   | 16       |
|                          | 6. Timel 100mg + 100ml SF 0,9% EV 06h/24h | 16      |         |          |
|                          | 7. Municidin 01 FA + AD EV 06h/24h        | 16      |         |          |
|                          | 8. Clorana 40mg EV/24h                    | 16      |         |          |
|                          | 9. SMI + COCG                             |         |         |          |

10:00 PA: 130/80 + Paci - paciente: Ag - cirurgia.  
T- 36,0 C ( Med - cap: Reunião de aero venoso.  
P- 19,0 Segue nos exames da Enfermagem.  
R- 80 Sabe.

24/08 16:30 PA: 130x80 S: 37,1°C  
Referência: febre, dor de  
Agudo e sensação de mal-estar.

24/08 116 ws 20:30hs

PA: 130x80 T: 36°C

Paciente queixou-se,

de dor em MTE, administrada medicamentos  
contornos ~~para~~ ~~para~~ medicamentos.  
Sigue ws  
medicamentos da enferma-  
gem.

C  
AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO  
Nível: Enfermagem  
Técnica em ENFERMAGEM  
COTREN nº 177451



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

17

Arche - Malereien

3 Leito 4. Convênio

八

Prescrição Médica  
Data 01/01/23

Horário

Evolução Médica









SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM HIGIÉNIO GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

| Data     | Prescrição Médica  | Horário | Evolução Médica   |
|----------|--|---------|---|
| 21/04/11 | M 172 L.1109<br>S 1500 ml AD 24h<br>D 1000 ml 2 ml 662300<br>4/21.2000 KUB 17/12h<br>C 1500 ml 2 ml 662300<br>B 1500 ml 2 ml 662300<br>C 1500 ml 2 ml 662300<br>C 1500 ml 2 ml 662300<br>C 1500 ml 2 ml 662300 | 11h     | Cicatrizes visíveis<br>hemosiderose<br>aspirado de sangue<br>cicatrizes |
|          |  |         | D. interm. 1º dia<br>D. 2º dia - op.                                    |
|          |  |         |   |
|          |  |         |   |

*Falco*

folio 30



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Andre Marques da Silva | Registro: | Leito: 5-4 | Setor Atual:

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: Obs.:

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia+ () Disartria.

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T  
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

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

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () 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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> 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 () Filiforme () Cheio.



HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO  
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1  
DATA: 29/08/2016  
HORA: 11:11:48

Prontuário  
218816



Atendimento  
2202497



Reserva/Guia

AMBULATORIO

Data 29/08/2016 Hora 10:58

Código CNS  
161270900640001

Paciente  
ANDRE MADUREIRA SERAFIM [CPF: ]

Endereço  
JOSE JOAQUIM DO VALE

Bairro  
JARDIM TAVARES

Nome da Mãe  
ALCILEIDE MADUREIRA SERAFIM

Responsável  
ANDRE MADUREIRA SERAFIM

Bairro  
JARDIM TAVARES

Médico Atendente

1716 LUCIANO GUEDES BORGES [CRM: 3451] [CPF: 43448631434]

Procedimento

Setor  
3009 SECRETARIA SUS

Convênio  
50 SUS

Acomodação

POSTO - ENFERMARIA - LEITO

Data min. para alta - 29/08/2016 Data máx. para alta - 29/08/2016

Sexo Est. Civil

M Solteiro

Dt Nasc. 23/10/1985 33413202

Reserv/Guia

AMBULATORIO

Data 29/08/2016 Hora 10:58

Código CNS  
161270900640001

Num. Complemento  
197

Cidade  
CAMPINA GRANDE

Profissão

LUCIANO GUEDES BORGES [CRM: 3451] [CPF: 43448631434]

UF  
PB

Endereço  
JOSE JOAQUIM DO VALE

Cidade  
CAMPINA GRANDE

UF  
PB

Cep 58100

Telefone 33413202

Médico Acompanhante

1716 LUCIANO GUEDES BORGES [CRM: 3451] [CPF: 43448631434]

Cid

Origem

LUCIANO Holanda

RESPONSÁVEL TÉCNICO

Hospital Antônio Targino

#### Resumo de Tratamento

|                     |                              |   |               |                                     |              |                          |           |            |                          |
|---------------------|------------------------------|---|---------------|-------------------------------------|--------------|--------------------------|-----------|------------|--------------------------|
| Acompanhante        | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Data admissão | 29/08/2016                          | Data alta    | 03/09/16                 |           |            |                          |
| Internação anterior | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não            | Hora admissão |                                     | Hora alta    | 08:00                    |           |            |                          |
| Alta                | Curado                       | <input type="checkbox"/>                | Melhorado     | <input checked="" type="checkbox"/> | Inalterado   | <input type="checkbox"/> | Clinica.. | Médica     | <input type="checkbox"/> |
|                     | Piorado                      | <input type="checkbox"/>                | A pedido      | <input type="checkbox"/>            | Indisciplina | <input type="checkbox"/> |           | Cirúrgica  | <input type="checkbox"/> |
|                     | Transferido                  | <input type="checkbox"/>                | Falecimento   | <input type="checkbox"/>            | Evasão       | <input type="checkbox"/> |           | Obstétrica | <input type="checkbox"/> |

Diagnóstico:

*Entr. pessimista de Femea*

Internação:

*O nasc. mto*

Definitivo..

*Vitória pt acidente de nasc.*

**ORDEM DE PROTESE**

Alta - 1

Perm - 2

Transf - 3

Óbito - 4

Raio X:

Simples

C/Contraste

Uti

Entrada \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Saída \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Motivo

Caract. Trat. \_\_\_\_\_

*LUCIANO GUEDES BORGES CRM: 3451*  
Assento e Assinatura do Médico

*RX DE CONTROLE  
REALIZADO EM 29/08/16  
varrido*

*Coxa RX REALIZADA  
EM 29/08/16*

*varrido*

**PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
NO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO  
CUJAS DESPESAS FORAM  
COBRADAS AO SUS**



|   |  |                          |  |
|---|--|--------------------------|--|
| <b>HAT</b><br>HOSPITAL<br>ANTONIO TARGINO |  | <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b> |  |
| DIAGNÓSTICO:<br><i>Grau 3 de febre</i>    |  |                          |  |
| NOME: <i>André Souza</i>                  |  | LEITO: 26-2              |  |
| ALA: <i>Quesada</i>                       |  | CONVÉNIOS                |  |

中華書局影印

HOSPITAL  
ANTONIO TARGINO

NAME: ANDREW SHAW

## RESSCRIÇÃO MÉDICA

DIAGNÓSTICO:  
Gastritis - H. pylori

11

MEDICAMENTOS

## HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE ATENDIDO PELO SIS

NO POSTURE PROGRAM

CUJAS DISPELIM, 1898

GOBRADAS AO SUS

2009/10

Schrift

卷之三

278

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

1

**DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA**

|                                  |  |             |              |
|----------------------------------|--|-------------|--------------|
| NOME DO PACIENTE:                | <i>Audreia Maravilha</i>                     |             |              |
| Nº DO PRONTO-ÚRGICO:             | Nº DO ATENDIMENTO:                           |             |              |
| DATA DA OPERAÇÃO:                | 07/09/16                                     | ENFERMARIA: | LEITO:       |
| OPERADOR:                        | <i>Dr. Juliano Guedes</i>                    |             |              |
| 1º AUXILIAR:                     |  |             |              |
| 2º AUXILIAR:                     |  |             |              |
| 3º AUXILIAR:                     |  |             |              |
| ANESTESIA:                       | <i>Dr. Juliano Guedes</i>                    |             |              |
| DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:      | <i>Ossificação óstáfica de femur direito</i> |             |              |
| TIPO DE OPERAÇÃO:                | <i>OTOMISETE DE FEMUR DIREITO</i>            |             |              |
| DIAGNÓSTICO Pós-OPERATÓRIO:      |  |             |              |
| RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: | <i>39009130</i>                              |             |              |
| EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:        | 5  | 39009130    | 2 - 38016010 |
| ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:     |  |             |              |

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

VIA DE ACESSO: INCISÃO E TÉCNICA-LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MATERIAL EMPREGADO-ASPECTO - VICERAS

- ① Arejou e fixou o osso do lado esquerdo
- ② Adocou os canos
- ③ Precisou no lado
- ④ Reduziu cicatrizes e fixou
- ⑤ Adocou de exérteio ósseo
- ⑥ Fechou por planos
- ⑦ Curado e fechado

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
CUJAS DESPESAS FORAM  
COBRADAS AO SUS

CRM 0497 - CP 434.486-31  
Dr. Luciano Guedes  
DSTA

PACIENTE: *Aneu Madureira Serafin*  
 CONVÉNIO: SUS  PROTOÓRIO: *218816 / 220497*  
 DATA: 02/09/16 CIRURGIA: *Osteosíntese de fêmur D+ inserção*  
 CIRURGIÃO: *Dr. Luciano Quado* ORNE,  
 AUXILIAR:  
 ANESTESISTA: *Dr. Júlio Andrade* alante  
 CIRCULANTE: *Gerson* N° CARRO: 07 HORÁRIO: INÍCIO: 10:00 FINAL: 11:00

| CÓD.   | MEDICAMENTO          | QUANT. |
|--------|----------------------|--------|
| 1880   | ÁGUA DESTILADA       | 03     |
| 28819  | RANITIDINA           | 01     |
| 2070   | ATROPINA             |        |
| 2020   | DIPIRONA             | 02     |
| 70181  | PROSTIGMINE          |        |
| 2062   | METOCLOPRAMIDA       |        |
| 1961   | EFEDRINA             | 01     |
| 4286   | GARAMICINA           |        |
| 5304   | DEXAMETASONA         | 01     |
| 5398   | HEPARINA             |        |
| 1929   | ARAMIN               |        |
| 1899   | AMINOFILINA          |        |
| 70971  | TRANSAMIN            |        |
| 70033  | NAUSEDRON            | 01     |
| 70572  | TILATIL 40mg         |        |
| 5380   | HIDROCORTISONA       |        |
| 5339   | FENERGAN             |        |
| 2038   | FUROSEMIDA           |        |
| 4650   | CEFALOTINA 1g        | 02     |
| 70238  | QUELICIM             |        |
| 1872   | ADRENALINA           |        |
| 5673   | DOPAMINA             |        |
| 2083   | CLORETO DE SÓDIO     |        |
| 1910   | CLORETO DE POTÁSSIO  |        |
| 2046   | GLICOSE 50%          |        |
| 1767   | CEFTRIAXONA          |        |
| 70335  | SOLU-MEDROL 500mg    |        |
| 1902   | BICARBONATO DE SÓDIO |        |
| 2054   | GLUCONATO DE CÁLCIO  |        |
| 403792 | TORADOL              |        |
| 4855   | DICLOFENACO SÓDICO   |        |
| CÓD.   | PSICOTRÓPICOS        | QUANT. |
| 73210  | TRAMAL               |        |
| 46850  | FENOBARBITAL         |        |
| 8885   | DIEMPAK 10mg         |        |
| 3034   | DIMORF 0.2mg         | 01     |
| 3026   | DIMORF 1.0mg         |        |
| 3982   | DOLANTINA            |        |
| 8869   | HIDANTAL             |        |
| 69655  | DORMONID             | 61     |
| 9962   | KETALAR              |        |
| 70254  | ALFENTANILA          |        |
| CÓD.   | ANESTÉSICOS          | QUANT. |
| 126233 | NIMBIUM              |        |
| 2216   | PANCURON             |        |
| 82031  | PROPOFOL             |        |
| 3042   | FENTANIL             |        |
| 70548  | TRACUR               |        |
| 8834   | HALOTANO             |        |
| 128872 | SEVORANO             |        |
| 2780   | ISOFLURANO           |        |
| 8958   | TIOPENTAL            |        |
| 2160   | NEOCAINA 0,5% C/V    |        |
| 70750  | NEOCAINA 0,5% S/V    |        |
| 9024   | NILPERIDOL           |        |
| 3212   | ETOMIDATO            |        |

| CÓD.                                | MATERIAL         | QUANT. |
|-------------------------------------|------------------|--------|
| 9091                                | LIDOCAINA GELEIA |        |
| 2119                                | LIDOCAINA 2% S/V |        |
| 2801                                | LIDOCAINA 2% C/V |        |
| 1996                                | NEOCAINA PESADA  | 01     |
| CÓD.                                | MATERIAL         | QUANT. |
| AGULHA RAQUIN N° 25                 | 01               |        |
| DRENO PENROSE N°                    |                  |        |
| DRENO TÓRAX N°                      |                  |        |
| AGULHA PERIDURAL N°                 |                  |        |
| AGULHA DESCARTÁVEL N°               |                  |        |
| ESCOVA DESCARTÁVEL                  |                  |        |
| COMPRESSAS                          | 10               |        |
| CATETER PERIDURAL N°                |                  |        |
| 2356 BOLSA COLOSTOMIA               |                  |        |
| 138096 CATETER OXIGÊNIO             | 01               |        |
| 22381 COLETOR URINA FECHADO         |                  |        |
| 27880 COLETOR URINA ABERTO          |                  |        |
| 59587 ELETRODO                      | 06               |        |
| 2585 EQUIPO MACROGOTAS              | 01               |        |
| 2577 EQUIPO MICROGOTAS              |                  |        |
| 69752 MICROPORÉ LARGO               |                  |        |
| 3379 MICROPORÉ FINO                 |                  |        |
| JELCO N° 11                         | 01               |        |
| LÂMINA BISTURI N° 25                | 02               |        |
| DRENO SUCCÃO N°                     |                  |        |
| 2259 ALGODÃO HIDRÓFILO              |                  |        |
| 9113 ALGODÃO ORTOPÉDICO             |                  |        |
| ATADURA GESSADA                     |                  |        |
| 3700 SERINGA DE 03cc                |                  |        |
| 3689 SERINGA DE 10cc                | 05               |        |
| 3719 SERINGA DE 05cc                | 05               |        |
| 3697 SERINGA DE 20cc                | 05               |        |
| 341797 SERINGA DE 60cc (Bico Longo) |                  |        |
| 3735 SERINGA DE 01cc                |                  |        |
| SCALPS N°                           |                  |        |
| SONDA FOLEY N°                      |                  |        |
| 4081 TORNEIRA 03 VIAS               |                  |        |
| SONDA NELATON                       |                  |        |
| SONDA RETAL                         |                  |        |
| 2615 ESPARADRAPO                    |                  |        |
| 3468 INTRA-CATH                     |                  |        |
| 20117 FITA GLICEMIA                 |                  |        |
| 60917 GILETE                        |                  |        |
| TUBO ENDOTRAQUEAL N°                |                  |        |
| ATADURA CREPOM N° 10                | 06               |        |
| GNEDEL N°                           |                  |        |
| 40126 LUVAS 7.5                     | 02               |        |
| 3522 LUVAS 8.0                      | 02               |        |
| 149870 LUVAS 8.5                    | 7P               | 02     |
| SONDA NSG                           |                  |        |
| 3425 GELFOAM                        |                  |        |
| 2500 GAZES                          |                  |        |
| 3549 LUVA PROCEDIMENTO              |                  |        |
| 3417 GEL CONDUTOR                   |                  |        |
| 53937 SURGICEL                      |                  |        |
| CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°             |                  |        |

| CÓD.                       | FIOS               | QUANT. |
|----------------------------|--------------------|--------|
| ACIFLEX N°                 |                    |        |
| ETHIBOND N°                |                    |        |
| 16510 MONONYLON N° 2.0     | 02                 |        |
| AG5 CROMADO S/A N°         |                    |        |
| VICRYL N°                  |                    |        |
| MONOCRYL N°                |                    |        |
| PROLENE N°                 |                    |        |
| ALGODÃO C/A N°             |                    |        |
| ALGODÃO S/A N°             |                    |        |
| 3360 FITA CARDIACA         |                    |        |
| CÓD.                       | SOLUÇÕES           | QUANT. |
| 149217 ÁLCOOL              |                    |        |
| 2631 ÉTER                  |                    |        |
| 3611 PVPI TÓPICO           |                    |        |
| 3603 PVPI DEGERMANTE       |                    |        |
| 2330 ÁGUA OXIGENADA        |                    |        |
| 4111 VASELINA              |                    |        |
| 304000 CLOREXIDINA         |                    |        |
| CÓD.                       | GASES HOSPITALARES | QUANT. |
| AR COMPRIMIDO              |                    |        |
| OXIGÊNIO                   |                    |        |
| OXIDO NITROSO              |                    |        |
| VÁCUO                      |                    |        |
| NITROGÊNIO                 |                    |        |
| APARELHOS                  |                    |        |
| BISTURI ELETRICOS          |                    |        |
| CAPNOGRAFO                 |                    |        |
| MICROSCÓPICO CIRÚRGICO     |                    |        |
| MONITOR CARDIÁCO           |                    |        |
| OXIMETRO DE PULSO          |                    |        |
| ASPIRADOR ELETRICO         |                    |        |
| CÓD.                       | SOROS              | QUANT. |
| SORO FISTOLÓGICO 500ml     |                    |        |
| SORO GLICOSADO 500ml       |                    |        |
| SORO RINGER 500ml          |                    |        |
| HISOCEL                    |                    |        |
| MANITOL                    |                    |        |
| CÓD.                       | OUTROS             | QUANT. |
| Placa de lâmina e 75 furos | 01                 |        |
| Para juros cortados        | 06                 |        |
| PACIENTE ATENDIDO PELO SUS |                    |        |
| ASPUAS DESPESAS REGONO     |                    |        |
| COBRADAS FORAM AO SUS      |                    |        |

# BOLETIM DE ANESTESIA

*Andre Madureira*

|                                 |  |                |                     |
|---------------------------------|--|----------------|---------------------|
| SEU: <b>SUS</b>                 | IDADE: <b>31 anos</b>  | SEXO: <b>M</b> | APTO: <b>26 - C</b> |
| NR DA CARTEIRA:                 | INÍCIO: <b>10/10/00</b>  |                |                     |
| DE INTERNAÇÃO:                  | TERMINO: <b>N/A</b>  |                |                     |
| R:                              | HORÁRIO ESPECIAL:<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                |                     |
| E NASCIMENTO: <b>23/10/1985</b> |  |                |                     |

**CIRURGIA**

|  |                                   |                              |                             |                            |
|--|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> ELETRIVA | <input type="checkbox"/> URGÊNCIA |                              |                             |                            |
| <input type="checkbox"/> AMBULATORIAL        |                                   |                              |                             |                            |
| ESTADO FÍSICO (ASA)                          |                                   |                              |                             |                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> I        | <input type="checkbox"/> II       | <input type="checkbox"/> III | <input type="checkbox"/> IV | <input type="checkbox"/> V |

DATA: **02/09/16**

| AGENTES                  | Q         |
|--------------------------|-----------|
| Adrenalin                |           |
| Atropina                 |           |
| Bextra                   |           |
| Bupivacaina Iaobárca     |           |
| Bupivacaina Hiperbarica  | <b>07</b> |
| Bupivacaina % /ml        |           |
| Cipro                    |           |
| Clexane                  |           |
| Decatron                 | <b>01</b> |
| Dipirona                 | <b>02</b> |
| Diprivan                 |           |
| Diprivan PFS             |           |
| Dobutrex                 |           |
| Dormonid 15mg            | <b>01</b> |
| Efedrina                 | <b>0</b>  |
| Esmeron                  |           |
| Fentanil                 |           |
| Flagyl                   |           |
| Forane                   |           |
| Halotano                 |           |
| Hidrocortisona           |           |
| Hypnomidade              |           |
| Kefazol                  | <b>03</b> |
| Kefin                    |           |
| Ketalar                  |           |
| Lasix                    |           |
| Liquemine                |           |
| Methergin                |           |
| Morfina <b>200 mg</b>    | <b>0</b>  |
| Narcan                   |           |
| Napogen                  |           |
| Nimbium                  |           |
| Niprid                   |           |
| Noradrenalin             |           |
| Norcuron                 |           |
| Oxotocina                |           |
| <b>Scandate</b>          | <b>0</b>  |
| Piasil                   |           |
| Profenid                 |           |
| Prostigmine              |           |
| Quelicin                 |           |
| Rapfen                   |           |
| Revivan                  |           |
| Sevorane                 |           |
| Sufenta                  |           |
| Tilatil <b>400 mg</b>    | <b>0</b>  |
| Tacnium(Atracurio)       |           |
| Ultiva                   |           |
| Vallum                   |           |
| Xylocaina                |           |
| Xylonaina Hiperbarica    |           |
| Xylocaina Spray          |           |
| Zofran                   |           |
| Água Destilada - 250ml   |           |
| Água Destilada - 10ml    |           |
| S. Fisiológico           | <b>50</b> |
| S. Glicosado             |           |
| S. de Ringer             | <b>10</b> |
| C. Hemacia               |           |
| Plasma                   |           |
| Oxigênio (L/MIN)         | <b>60</b> |
| N <sub>2</sub> O (L/MIN) |           |
| Ar Medicinal (L/MIN)     |           |
| CO <sub>2</sub> (L/MIN)  |           |

## MATERIAL DESCARTÁVEL

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| Aquecedor RANGER             |           |
| Aguilha Peridural: 17 ou 18g |           |
| Aguilha Raqui Ponta de Lápis |           |
| Aguilha Stimuplex a50, a100  |           |
| Caí Sodado p/ gr             |           |
| Cateter Epidural 16 e 18g    |           |
| Cateter Nasal tipo Óculos    |           |
| Cateter Venoso               | <b>0</b>  |
| Elektro ECG                  | <b>05</b> |
| Equipe de Soro               | <b>1</b>  |
| Equipo Perfusor SET          |           |
| Filtro Higrobakt             |           |
| Guedel                       |           |
| Manta Térmica                |           |
| Equipo bomba de infusão N    |           |
| Equipo bomba de infusão FS   |           |
| Máscara Laringea             |           |

|                  |                   |  |   |   |  |
|------------------|-------------------|--|---|---|--|
| INDUÇÃO          | INTUBAÇÃO TUBO Nº | ANESTESIA REGIONAL                                 | ANESTESIA GERAL                           | PUNÇÃO  | EQUIPAMENTOS UTILIZADOS  |
| Inhalatoria      | Oral              | <input checked="" type="checkbox"/> Peridural      | <input type="checkbox"/> P Bragi/Cervical | <input type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Paramediana             | <input type="checkbox"/> Aspirador <input type="checkbox"/> Baraka   |
| Venosa           | Nasal             | <input checked="" type="checkbox"/> Requianestesia | <input type="checkbox"/> Supraclavicular  | <input type="checkbox"/> Sentada  | <input type="checkbox"/> Bis   |
| ANUTENÇÃO        | C/ Balão          | <input type="checkbox"/> Epidural Sacra            | <input type="checkbox"/> Interescáleño    | <input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E | <input checked="" type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Oxímetro <input type="checkbox"/> Pa Invasiva |
| Inhalatoria      | S/ Balão          | <input type="checkbox"/> N. Periférico             | <input type="checkbox"/> Axilar           |   | <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> Capnôgrafo   |
| Venosa           | Aramado           | <input type="checkbox"/> Simples                   | <input type="checkbox"/> Venosa Regional  |   | <input type="checkbox"/> Bomba de infusão <input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica                         |
| Sob Máscara      | Duplo Lúmen       | <input type="checkbox"/> Contínua                  | <input type="checkbox"/> Infiltração      |   |  |
| Máscara Laringea | Traqueostomia     | <input type="checkbox"/> Catéter nº 25             | <input type="checkbox"/> Sedação          | TIPO  |  |

DESCRIPÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA / INTERCORRÊNCIAS TRANSOPERATÓRIA

LAUDO RADIOLÓGICO

INICIAL=FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR

CONTROLE=FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR COM OSTEOSINTSESE

DATA 29/08/16

Rosângela Sá de Souza dos Santos  
MÉDICO CRM 1508  
RADIOLOGISTA

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
CUJAS DESPESAS FORAM  
COBRADAS AO SUS



**PODER JUDICIÁRIO**  
**ESTADO DA PARAÍBA**  
**COMARCA DE CAMPINA GRANDE – 10ª VARA CÍVEL**

**Processo nº 0800445-27.2019.8.15.0001**

**DESPACHO**

Visto etc.

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e art. 8º cc. 139, II, ambos do NCPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do NCPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, deste Diploma.

3. **CITE-SE** a parte requerida, por carta com AR, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 335 do NCPC, sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do NCPC). Voltando o AR negativo, cite-se por oficial de justiça, uma vez recolhidas as custas respectivas, se for o caso, inclusive intimando-se para tanto, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento da inicial.

4. **Tão logo apresentada a contestação, venham-me os autos CONCLUSOS.**

Diligências necessárias.

Campina Grande, data eletrônica

**Wladimir Alcibiades Marinho Falcão Cunha**

**Juiz de Direito**