

41
12
8

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Luiz Carlos de Brito</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>3467193</u>	
CPF nº: <u>082.182.914-90</u>	Residência: <u>Sítio Pata - Barra de São Miguel</u>		
Bairro: <u>Zona Rural</u>	Cidade: <u>Boqueirão</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58.483000</u>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº M8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, e **BRUNA RACHEL NOGUEIRA DE SOUSA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 12.703, com escritório profissional no seguinte endereço: Rua Vicente Barbosa Santos, nº 201/101, Bessa, João Pessoa/PB, CEP: 58.037.445.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

JOÃO PESSOA (PB), 7 de maio de 20 15

X Luiz Carlos de Brito
Outorgante

DECLARAÇÃO

41
13
8

Eu, Leuz Carlos de Brito, brasileiro, salteiro, agricultor, portador da Carteira de Identidade/RG nº 3467193 -SSP/PB, e inscrito no CPF/MF sob o nº 082.182.91490, residente e domiciliado na cidade de Boqueirão / PB, estado da Paraíba, na Rua Sítio Pata-Barra de São Miguel nº, Zona Rural, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

João Pessoa (PB), 7 de maio de 20 15

x Leuz Carlos de Brito
Declarante

DECLARAÇÃO.

Eu, Luiz Carlos de Brito, brasileiro, agricultor,
domiciliado na rua Silvia Pata Barba de São Miguel, capaz, residente e
cidade de Boqueirão /PB, CEP 58.483-000. Declaro que resido no endereço
acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura
de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE
FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a
declaração de invalidez ou óbito fornecida.

João Pessoa (PB) 7 de maio de 20 15

x Luiz Carlos de Brito

Declarante.

41
15
8

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA DI/P 52

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Luiz Carlos de Brito
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

3467193

14 JUL 2006

LUIZ CARLOS DE BRITO

Luiz Brito
Hozana Severina de Brito
Boqueirão-PB 08.01.1986

Reg. Nasc. 2.613.Fls. 229.Liv. A-C4.Car

Reg. Civil de Cabaceiras-PB

110896

MINISTÉRIO DA FAZENDA

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número da inscrição

082.482.914-90

Nome

LUIZ CARLOS DE BRITO

Nascimento

08.01.1986

Cartão de uso pessoal e informativo

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

CORREIOS

LUIZ BRITO
SIT PATA, SN - AREA RURAL
BARRA DE SÃO MIGUEL / PB CEP: 58480-000 (AQ. 108)

Classe/Subclasse RESIDENCIAL / BARRA RENDAMONOFÁSICO
Roteiro: 14 - 111 - 305 - 980
Nº medidor: 00001181084
Referência: Set / 2014
Emissão: 23/09/2014

ENERGISA PARAIBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R. 230, km 25 - Conto Redentor - João Pessoa/PB - CEP 55071-490
CNPJ: 08.953.455/01-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia EMVCA 000 960 178
Código para Dúvida Automático: 9908844688

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 - Acesso: www.energisa.com.br

959c 8945 3719 b239 80ac 4057 a994 d753

Conta referente a

Set / 2014

Apresentação

23/09/2014

Data prevista da
próxima leitura

22/10/2014

CPF / CNPJ / RANI

1980682493

CDC (Código do Consumidor): 5/604458-0

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- O início do sistema de bandeiras tarifárias foi adotado para o ano de 2015. A bandeira verde não implica a cobrança adicional de tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de SETEMBRO, portanto, a BANCHEIRA VERMELHA, a qual implicará R\$ 0,00 de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de tributos. Mais informações em www.aneel.gov.br

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 18/09/2014 PAGAS
OBRIGATORIAMENTE

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
22/09/14	5606	23/09/14	5606	22

Descrição	Demonstrativo	Preço	Valor (R\$)
Quantidade			
Consumo até 30 kWh-BR	30	0,1327	3,98
Consumo - 31 a 100 kWh-BR	33	0,21131	6,97
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			0,03
COFINS			0,17
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			3,03
JUROS DE MORA 09/2014			0,01
MULTA 09/2014			0,39
ICMS (Base de Cálculo R\$ 2) (Alíquota 25,00%)			1,58

Histórico de Consumo
(kWh)

Ago/14	58
Jul/14	59
Jun/14	57
Mai/14	64
Abr/14	68
Mar/14	67
Fev/14	82
Jan/14	117
Dez/13	78
Nov/13	85
Out/13	87
Set/13	73

Média dos últimos meses
73 kWh

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS

VENCIMENTO
30/09/2014

TOTAL A PAGAR
R\$ 27,38

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	1,85	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	1,00	CONTRATADA 201
DIC ANUAL	1,85	LIMITE INFERIOR 231
FIC MENSAL		LIMITE SUPERIOR
FIC TRIMESTRAL		
FIC ANUAL		
DMC		
DICRI		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia SPB	5,22	19,07
Compra de Energia	4,48	16,36
Serviço de Transmissão	0,32	1,17
Encargos Setoriais	0,84	3,04
Impostos, Direitos e Encargos	11,21	40,84
Outros Serviços	5,51	20,12
Total	27,38	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição
(Ref 7/2014) R\$ 5,11



BOLETIM DE Ocorrência N.º 086/2014

NAT. DA Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO
LOCAL: SÍTIO PATA - BARRA DE SÃO MIGUEL
HORA: 12H00 DATA DA Ocorrência: 21 DE SETEMBRO/2014
FORMA DA COMUNICAÇÃO: PESSOALMENTE
INCIDÊNCIA:

NOTICIANTE VÍTIMA/APRENSOR
NOME: LUIZ CARLOS DE BRITO
IDADE: 28 ANOS DATA DE NASC: 08/01/1986
SEXO: MASCULINO NACIONALIDADE: BRASILEIRA
COR: PARDA PROFISSÃO: AGRICULTOR
ALCUNHA: ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BOQUEIRÃO/PB
ID: 3467193
FILIAÇÃO: LUIZ BRITO E HOZANA SEVERINA DE BRITO
END.: SÍTIO PATA
CIDADE: BARRA DE SÃO MIGUEL/PB
PONTO DE REF. TELEFONE(S):

INFRATOR
NOME:
IDADE:
SEXO:
COR:
FILIAÇÃO:
END.:
PONTO DE REF.
CARACTERÍSTICAS
INDIVIDUALIZADORAS:
DATA DE NASC:
NACIONALIDADE:
PROFISSÃO:
ALCUNHA: ESTADO CIVIL:
DOC. DE ID:
CIDADE:
TELEFONE(S):

TESTEMUNHAS
NOME: CLÁUDIA AMÉLIA ROLIM DE SOUZA BRITO
END.: SÍTIO PATA
ALCUNHA: CIDADE: BARRA DE SÃO MIGUEL
PONTO DE REF. TELEFONE(S):
NOME: JOSÉ VITAL DE ALBUQUERQUE
END.: SÍTIO PATA
ALCUNHA: CIDADE: BARRA DE SÃO MIGUEL/PB
PONTO DE REF. TELEFONE(S):

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: CONFEÇÃO DESTE

EXAMES REQUISITADOS: REQUISIÇÃO DE CORPO DE DELITO

HISTÓRICO:

Chegou ao conhecimento desta Delegacia, através do comunicante/vítima, que por volta das 12h do dia 21/09/2014, quando chegava em casa, no Sítio Pata, na zona rural de Barra Rua Nossa Senhora do Desterro nº. 681, Centro, CEP: 58.450-000 - Telefone (83) 3391.2069. boqueirão.dspc11@hotmail.com

41
18
B

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Delegacia Regional de Polícia Civil
11ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Polícia Civil de Boqueirão



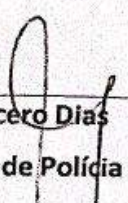
GOVERNO
DA PARAÍBA



de São Miguel, sobrou numa curva com sua motocicleta Honda NXR 150 BROS KS; DE COR PRETA; ANO/MODELO 2010/2011; CHASSI 9C2KD0560ERS02497, em nome de IOSMAR DA CONCEIÇÃO FERNANDES, e acabou por cair e fraturar joelho direito. Afirma que foi socorrido pela ambulância da Prefeitura de Barra de São Miguel para o Hospital de Boqueirão, onde foi atendido, conforme Ficha de Atendimento e Traumas. E nada mais havendo a consignar, vai devidamente assinado pelo noticiante e por mim, Cícero Dias, Escrivão de Polícia Civil que o digitei.

INFORM. COMPLEMENTAR: Juntou-se CÓPIAS do RG, DA CNH E DA FICHA DE ATENDIMENTO.

Boqueirão-PB, 17 de novembro de 2014.


Cícero Dias

Escrivão de Polícia Civil

x 
Luiz Carlos de Brito

Noticiante

Rua Nossa Senhora do Desterro nº. 681, Centro, CEP: 58.450-000 – Telefone (83) 3391.2069.
boqueirão.dspl1@hotmail.com



CERTIDÃO Nº. 338/2014 (ADENDO)

CERTIFICO, em razão do meu Cargo e a requerimento verbal de pessoa Interessada Policiais nº 001/2014, verifiquei em relação ao BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 086/2014, que versa sobre ACIDENTE DE TRÂNSITO que vitimou a pessoa de LUIZ CARLOS DE BRITO que, por equívoco, que o veículo HONDA NXR 150 BROS KS; DE COR PRETA; ANO/MODELO 2010/2011; CHASSI 9C2KD0560ERS02497, em nome de IOSMAR DA CONCEIÇÃO FERNANDES, tem a placa PEG-8322/PE. O referido é verdade. Dou fé. Dada e lavrada nesta Cidade de Boqueirão, Estado da Paraíba, em Cartório da Delegacia de Polícia Civil, aos 25 (Vinte e cinco) dias do mês de NOVEMBRO do ano de Dois mil e catorze.

Cícero Antonio Dias Pereira

Escrivão de Polícia Civil



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UFS

NOME HOSPITAL MUNICIPAL DE BOQUEIRÃO
CNPJ: 11.153.608/0001-06
CÓDIGO DO CENS: 275702
ENDEREÇO: JOÃO DA CRUZ CAVALCANTE - SN
MUNICÍPIO: BOQUEIRÃO
BAIRRO: NOVO
UF: PB

PACIENTE
NOME: Luiz Costa de Brito
PROFISSÃO: Sargento
MUNICÍPIO: Boqueirão
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 580.250
DATA DO NASCIMENTO: 05.01.86
RAÇA/COR: P
SEXO: m
DOCUMENTO: RG: 3463452
ESTADO: Paraíba
UF: PB
DATA DO ATENDIMENTO: 27.09.14

[] 1 - BRANCA
[] 2 - PRETA
[] 3 - INDIGENA
[] 4 - AMARELA
[] 5 - SEM INFORMAÇÃO
ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SOMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS:

1. 60 materiais - medicamentos e outros recursos:
2. 100 materiais - medicamentos e outros recursos:
3. 100 materiais - medicamentos e outros recursos:
4. 100 materiais - medicamentos e outros recursos:

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- [] 01 - ELETIVO
- [] 02 - URGÊNCIA
- [] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- [] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- [] 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
- [] 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição

DIAGNÓSTICO:

CID-10

MEDICAÇÃO:

- [] PRESCRITA
- [] APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- [] OBSERVAÇÃO
- [] RESIDÊNCIA
- [] INTERNAÇÃO
- [] OUTRO HOSPITAL
- [] ÓBITO
- [] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1. 0301060061
2. 0301060061
3. 0301060061

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - carimbo

CNS

CBO

CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLÍCARO DIREITO

Plaudinehinele de Brito S. Brito
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

fratura de fêmur direito

Alojamento

7

Leito

2

Convênio

Paciente

Luiz Carlos

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

01/10

1. Dieta Lúida
2. SRL 1500ml EV/24h
3. Dipirona 02ml + AD EV 06/06h - SUS Tanso
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h
5. Omeprazol 40mg EV/jejum
6. Tramal 100mg - 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN
7. Aclusecton 0,1FA + AD EV 8/8h SN
8. Clearene 40mg SC/cia
9. SSV - CCGC

08:00 09:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00

Exame físico: bom estado geral, sem sinais de infecção local, sem sinais de choque. Sinais vitais: FC 90, PA 120/80, FR 18, T 36,6.

Tratamento: conforme prescrição médica.

10 - Prescrição de SSV - 01g

12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

Assinatura do Médico
CRM-PB 9116

Assinatura do Médico

Assinatura do Médico
CRM-PB 9116

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Lesão de abdômen

Alojamento

7

Leito

2

Convênio

Paciente

luis vitor

Data

01/0

Prescrição Médica

1. Dieta
2. SRI 1500ml EV/24h
3. Distensão 02ml - AD EV 06/06h
4. Tiliat 20mg - AD EV 12/12h
5. Omeprazol 40mg EV/jejum
6. Tetr 3 100mg S + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN
7. Naloxon 0.1 mg - AD EV 8/8h SN
8. Cefazolin 400mg SC/dia
9. SSW + CCG 0.1ml

Horário

Evolução Médica

Boa evolução, sem dor, sem vômito, sem febre.

ob VPM

Agostinho L. P. Junior
MÉDICO
CRM-PB 0116

CRM-PB 0116

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Anestesia: Proper

Relatório de Operação



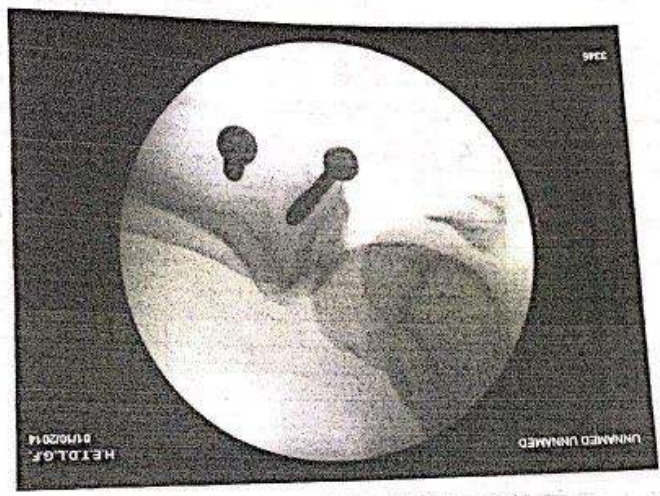
GOVERNO
DA PARAÍBA

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

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0		2
Respiração Limitada, Dispneia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0		
Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1		
Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		2
Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS		2

Assinatura do anestesista



ra saida

DN: 08/02/1980

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE **LUIS CARLOS DE BRITO**
QI **7** LEITO **2** CONVÊNIO **SJS** IDADE **78** REGISTRO **1148121**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA **Exatoma de pantufas de** CIRURGIÃO **DR. ROBERTO RIBEIRO + DR. Vitor + Dr. J. J. J.**
ANESTESIA **R. H. 2** ANESTESIA **DR. CARLOS**

INSTRUMENTADORA **Ignacio - M. C. A.** DATA **01/10/2015** INÍCIO **11:30** FIM **12:00**

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01 Catet. p/ Oxi.		Catgut Cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. de Urinar Sist. Fech.		Catgut Cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut Cromado Sertix	
01	Dimora amp. 0,2 mg/ml	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inoval ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercurina % ml	Equipo de Microgotas		Ethibond	
	Nubalm amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutopak	
	Protóxido 1/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutopak	
	Quelicina ml	04 Gase Facote of 10 unidades		Fila Cardíaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml		Monorylon	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto	01	Monorylon 2.0.	
01	Tractum amp. 0,001 mg	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
02	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	01 Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	03 Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fieboctid amp.	01 Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Garamicina amp.	04 Luvas 9.0			
	Glicose amp.	25 Oxigênio 1/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Polifix			
	Haemacel ml.	2.5 PVPI Degermante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.			
	Kanakion amp.	01 Sabão Antisséptico	2.5	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lesix amp.	04 Saco Coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Metrodinazol.	01 Seringa Desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	01 Seringa Desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	01 Seringa Desc. 5 ml	02	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuptenon amp.	Sonda Foley			
01	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica	Qtd.		
		Sonda Uretral nº			
		Sterydrem ml			
		Tornetrinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
01	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28	Latex			
02	Aguilha desc. 3 x 4.5 40x12	03 Uteropos			
01	Aguilha p/ Raque nº 25				
2.5	Alcool da Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
01	Ataduras de Crepon 30				
	Ataduras de Gaseada				
	Azul Metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS

- (x) Oxímetro de Pulso
- () Foco Auxiliar
- () Serra
- () Eletrocautério
- () Desfibrilador
- () Oxícapiógrafo
- (x) Foco Frontal
- (x) Cardiomonitor
- () Fonte de Luz
- (x) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

PACIENTE: LUIZ CARLOS DE BRITO

Data do Exame: 26/09/14

Exame: Tomografia Computadorizada do Joelho

Técnica:

O estudo tomográfico computadorizado dos joelhos realizado com cortes axiais de 3mm mostra:

Indicação:

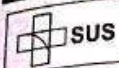
- Trauma.

Análise:

- Fratura complexa meta-diafise-epifisária da porção proximal da tíbia, comunicando-se com a articulação e sem desnível do plato tibial.
- Presença de tala gessada.
- Sinais de hemartrose.
- Espaços articulares femoro-patelar e femoro-tibiais preservados bilateralmente.
- Partes moles incluindo plano celular subcutâneo e muscular sem evidência de alterações.



Dr. Phydias L. F. Carvalho
Rad. e Diag. Imagem
CRM 6933

Sistema
Unico de
Saúde
Ministério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha
1/2

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		3 - C.A.S.	
4 - NOME DO PACIENTE		5 - NOME DO RESPONSÁVEL		6 - NOME DO RESPONSÁVEL	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - DATA DE NASCIMENTO		12 - SEXO	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - CID - ICD 10 PRINCIPAL		15 - CID - ICD 10 SECUNDÁRIO	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CID - ICD 10 CAUSAS ASSOCIADAS		18 - CID - ICD 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	20 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	22 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID - ICD 10 PRINCIPAL
25 - CID - ICD 10 SECUNDÁRIO	26 - CID - ICD 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

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

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de trauma com
no joelho (D)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DE SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	44 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	50 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

Diagnostic
End. Notes

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK OK

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
im color	7	2	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30/04/2008	1. Dieta 2000 cal EV/24h 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Digitora 02ml + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jelum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN 7. Nausecton 01 FA - AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSV - CCGG	10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 24h	Paciente acordado, sem dor, sem náusea, sem vômito, sem febre, sem alteração de estado de consciência.
01/05/2008	10. Amoxiclavina 1000mg 11. Amoxiclavina 1000mg 12. Amoxiclavina 1000mg 13. Amoxiclavina 1000mg 14. Amoxiclavina 1000mg 15. Amoxiclavina 1000mg 16. Amoxiclavina 1000mg 17. Amoxiclavina 1000mg 18. Amoxiclavina 1000mg 19. Amoxiclavina 1000mg 20. Amoxiclavina 1000mg 21. Amoxiclavina 1000mg 22. Amoxiclavina 1000mg 23. Amoxiclavina 1000mg 24. Amoxiclavina 1000mg	10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 24h	Paciente acordado, sem dor, sem náusea, sem vômito, sem febre, sem alteração de estado de consciência.

30105134 23.00

Paciente convalescente, desinflado,
com dieta caseira eliminatória (+)
depois das mudanças de ambiente
gem.

Jacire Viot Ferraris
Enfermeira
REN 345.715

Janiere What Ferreiras
Enfermeira
REN 345.715

COMHADEIWLAMENHO E ENCIÇÃO

[illegible]

Discontinuing

[Handwritten notes, likely bleed-through from the reverse side.]

1000

$$\frac{140}{30}$$

६५

Paciente	mar	Alojamento	2	Leito	2	Convênio	
----------	-----	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06/07	1. Dieta HAN 2. SRL 150ml EV/24h 3. Dificença 02ml + AD EV 06/06h 4. Tiliati 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nausecton 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clearene 40mg SC/dia 9. SIV - CCGG	18h 19h 20h 21h 22h 23h 24h	Paciente recebeu os medicamentos e está bem. CP = HAN Paciente evoluiu para melhor estado.
	Agradado L. P. Junior Médico CRM-PB 9116		Agradado L. P. Junior MÉDICO CRM-PB 9116

12 h + Paciente chega ao alvarado
a 04h15, por isto foi redibada
a 04h15, por isto foi redibada

17 h + 37c

110 x 10
Natura

09/03/14

09.00b

PA = 140x90

T = 37.2.80

9a 0.2

12 Air

12 Air

12 Air

GOVERNO

SECRETARIA DE ESTADO

SAUDE



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): LUIZ CARLOS DE BRITO 7.2
Dr(a): JAYLLA DUARTE MELO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000171510
Data: 28-09-2014 11:57
Idade: 28 anos

RG:
Origem: CLINICA ORTOPÉDICA
Destino: ENF 07 - L 02

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 28/09/2014 11:56)

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos
Hemoglobina
Hematócrito
V.C.M.
H.C.M.
C.H.C.M.

Resultados

4.54 milhões/mm³
12,8 g/dL
39 %
86 fL
28 pg
33 g/dL

Valores de Referência

4,2 a 6,0 milhões/mm³
13,5 a 16,0 g/dL
40,0 a 52,5 %
82,0 a 92,0 fL
27,0 a 31,0 pg
32,5 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA
Leucócitos

6.800 /mm³
(%)

(/mm³)

5.000 a 10.000 /mm³

Neutrófilos
Promielócitos
Mielócitos
Metamielócitos
Bastonetes
Segmentados
Eosinófilos
Basófilos
Linfócitos
Típicos
Atípicos
Monócitos
CONTAGEM DE PLAQUETAS

0
0
0
0
1,0
72,0
1,0
0
20,0
0
6,0
108.000 mm³

0
0
0
0
68
4.896
68
0
1.360
0
408

40 a 70 % - 1.800 a 8.500 / mm³
0,5 a 6,0 % - até 500 / mm³
0 a 2,0 % - até 100 / mm³
20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm³
2,0 a 10 % - até 1.000 / mm³
140.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos A. R. Martins
CRF-PB 1464



Sr(a): LUIZ CARLOS DE BRITO
 Dr(a): JAYLLA DUARTE MELO
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000171510
 Data: 28-09-2014 11:57
 Idade: 28 anos
 RG:
 Origem: CLINICA ORTOPEDICA
 Destino: ENF 07 - L 02

PROVAS DE COAGULAÇÃO

DATA DA COLETA: 28/09/2014 11:57
 Material: SANGUE

Método: BELL-ACTON

TEMPO DE SANGRAMENTO (DUKE)
 TEMPO DE COAGULAÇÃO (LEE-WHITE)

Resultado

2'00''
 7'00''

Valor de Referência

1 a 3 minutos
 5 a 11 minutos


 Carlos A. R. Martins
 CRF-PB 1484

Atendimento

Leito

Convênio

Hospital

Ortopedia e Traumatologia

Diagnóstico

Diagnóstico

Ex 9254 hbz1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pré-OP:

OK.

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Luiz Carlos de Brito	7	2	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
------	-------------------	---------	-----------------

- Dieta livre
- S⁻ 0,9% 1000 mL, EV, em 24 h, dgz, selo selmizdo
- D. pirona 2 mL, EV, 6/6 h
- T. latil 20 mg, EV, 12/12 h S/N
- Tramal 100 mg + SF 0,9% 100 mL, EV, 6/6 h S/N
- Comprimido 40 mg, EV, 1 x dia em jejum (se fizer Tratil)
- Clexane 40 mg, SC, 1 x dia
- Trascedron 8 mg + AD, EV, correr 20 min antes do Tramal, S/N ou se vômitos ou enjoos
- SSV + CCGG

18 EF 12h

#CD: 0 Montida

@Agua de cana 12

Paciente evolui estavel clinicamente
sem intercorrências
diversas e Evidências @
Exame neurológico 5/21/2023

28-09-14 18:00 120x80 + 30x80
28-09-14 20:30 120x80 + 30x80

GOVERNANCE

GLASSBORO, N.J. 08028

26. 2010 2010 2010

100/85



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: *Luiz Carlos de Brito*
IDADE: *25* SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASCIMENTO: *08/01/1986* às
SETOR: *ORTOPEDIA* LEITO: *72*
DIAGNÓSTICO MÉDICO: *Fratura de fêmur tibial direito*
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: *Acidente: trancorno de fêmur direito*

MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS: _____
PRESENÇA DE ESCARA: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS: _____
PRESENÇA DE ÚLCERA: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS: _____
ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS: _____
PRESSÃO ARTERIAL: HIPOTENSO ☐ NORMOTENSO ☒ HIPERTENSO ☐
SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☒
SISTEMA RESPIRATÓRIO: DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ EUPNEICO ☒ BRADIPNEICO ☐
SIST. GENITOURINÁRIO: NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐
(DIURESE) DUSÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐
MOBILIDADE: DEÂMBULA ☐ DEÂMBULA C/ APOIO ☒ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐
TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐
SIST. GAS. ROINTEATINAL: VO ☒ SNG ☐ SNE ☐
(DIETA)
ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐
DADOS VITAIS: PA: _____ T: _____ FR: _____ FC: _____ PESO: _____

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

☐ RISCO DE QUEDA	CD/FR:
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
☐ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	CD/FR:
☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	CD/FR:
☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR:
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
☒ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
☐ RISCO DE TRAUMA VASCULAR	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ REGISTRAR SINAIS VITAIS	<i>12/124</i>	
☒ REALIZAR BALANÇO HÍDRICO		
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA		
☐ REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA SE HOUVER SUJIDADE		
☐ 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		
☐ PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE		
☐ REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA DUAS HORAS		
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A 2L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA		

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM

- ☐ AVALIAR NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO DE ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA E REALIZAR O PROCEDIMENTO
- ☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE.
- ☐ MANTER ELEVADA AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA
- ☐ MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSE, NÁUSEA E CAPACIDADE DE DEGLUTIR
- ☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO

APRAZAMENTO

ASSINATURA

RESULTADOS ESPERADOS:

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	REGISTROS		AVALIAÇÃO	ASSINATURA
						HGT	DIURESE		

26/09/14 11:20

Paciente evoluindo
clínicamente
estável

[Signature]

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

26/09/14 Paciente apresentando
quadro clínico regular,
de acordo com o esperado
com os exames e medidas.
Realizado curativo e
recolocado falo.

[Signature]



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:

IDADE:

SEXO:

M

F

COR:

B

P

A

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF:

LEITO:

PRONTUÁRIO:

DADOS CLÍNICOS:

Pe op

MATERIAL A EXAMINAR:

Sangue

EXAMES SOLICITADOS:

Hemograma
Coagulograma

URGÊNCIA ☐

ROTINA ☐

DATA:

28, 02, 15

HORA DA SOLICITAÇÃO?

[Signature]

Carimbo e Assinatura do Médico

Mod. 002

(I)

Ex parte David D. Schepers

Chas

100

Col: Aug. 1905



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Luiz Carlos de Brito
IDADE: 28 SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: 08/05/86 às h
SETOR: Ortopedia LEITO:
DIAGNÓSTICO MÉDICO:
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐ NÃO ☐	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
PRESENÇA DE ÚLCERA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐ NORMOTENSO ☒ HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ EUPNEICO ☒		BRADIPNEICO ☐
SIST. GENITOURINÁRIO:	NORMAL ☐ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐		SVD ☐
(URESE)	DUSÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐		
MOBILIDADE:	DEÁMBULA ☐ DEÁMBULA C/ APOIO ☐ ACAMADO ☒ S/ DEFICITE MOTOR ☐		RESTRITO NO PEITO ☐
	TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐		
SIST. GAS. ROINTEATINAL:	VO ☐ SNG ☐ SNE ☐		
(DIETA)			
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☐ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐		CAQUÉTICO ☐
DADOS VITAIS:	PA: <u> </u> T: <u> </u> FR: <u> </u> FC: <u> </u> PESO: <u> </u>		

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

☒ RISCO DE QUEDA	CD/FR:
☒ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
☒ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	CD/FR:
☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	CD/FR:
☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR:
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
☐ RISCO DE TRAUMA VASCULAR	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:

Karoline Michely
Cabral Lima Marques
ENFERMEIRA
COREN 116.747-88

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ REGISTRAR SINAIS VITAIS		
☐ REALIZAR BALANÇO HÍDRICO		
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA		
☐ REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA SE HOUVER SUJIDADE		
☒ 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		
☒ PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE		
☐ REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA DUAS HORAS		
☐ INSTALAR CATETER DE 02 A 2L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA		

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM
DE DE ASPIRAÇÃO DE ASSO

☐ AVALIAR NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO DE ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA E REALIZAR O PROCEDIMENTO

☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE.

☐ MANTER ELEVADA AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA

☒ MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSE, NAUSEA E CAPACIDADE DE DEGLUTIR

☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO

☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE.

MANTER ELEVADA AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA

MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSE, NÁUSEA E VÔMITO

☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO

APRAZAMENTO

ASSINATURA

RESULTADOS ESPERADOS:

Karoline Michely
Cabra Lima Marques
ENFERMEIRA
COREN 19.107-PR

REGISTROS							AVALIAÇÃO	ASSINATURA
DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT DIURESE		

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

Diagnóstico

From the previous
sheet 2 Ken I

Folha de Tratamento e Evolução

5.

Paciente	WIZ CRUZ DE SOUZA			Alojamento		Leito		Convênio	
----------	-------------------	--	--	------------	--	-------	--	----------	--

Prescrição Médica		Horário					Evolução Médica	
Data								
26/05	OLHO L.D. 1000 OLHO S.D. 1000 OLHO A.D. 1000 OLHO V.D. 1000 OLHO L.D. 1000 OLHO S.D. 1000 OLHO A.D. 1000 OLHO V.D. 1000	✓					OLHO L.D. 1000 OLHO S.D. 1000 OLHO A.D. 1000 OLHO V.D. 1000 OLHO L.D. 1000 OLHO S.D. 1000 OLHO A.D. 1000 OLHO V.D. 1000	

GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

SUS

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

CNPJ: 08.778.268/0001-60

Código da Unidade: 0023671

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Estado: PARAIBA UF: 25

Município: CAMPINA GRANDE

PACIENTE: Nome: LUIZ CARLOS DE BRITO

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: BARBA DE SAO MIGUEL

Município: BARBA DE SAO MIGUEL

Data Atendimento: 26/09/2014

Raça/Cor: 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - PARDA 4 - AMARELA 5 - INDIGENA

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

trae com no joelho

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPO

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

DIAGNÓSTICO / CID:

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB):
Consulta Especializada:

PROCEDIMENTO

Soluções terapêuticas

TIPO DE ATENDIMENTO

- ☐ 01 - URGÊNCIA.
- ☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA.
- ☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.
- ☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO.
- ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS.

MEDICAÇÃO ENCAMINHAMENTO

- ☐ 01 - PRESCRITA
- ☐ 02 - APLICADA
- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ OUTRO HOSPITAL
- ☐ RESIDÊNCIA
- ☐ ÓBITO
- ☐ INTERNAÇÃO
- ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(A)S ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)
Claudia Amélia Pedra de S. Brito



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 LUIS GONZAGA FERNANDES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Luiz Carlos de Brito

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898101031015913164913B

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/10/1986

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

298 298

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Marina de Brito

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 512 9185 3179184

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Pata zona rural

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Barro de S. Miguel

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DO E LUTAMENTO A VIDA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE CURETOMIA

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Pneumonia bilateral

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/09/17

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

NOME: Luiz Carlos REQUISIÇÃO DE EXAMES

IDADE: SEXO: M ☐ F ☐ COR: B ☐ P ☐ A ☐ PESO: ALTURA: PRONTUÁRIO: 590

DADOS CLÍNICOS: Controle CLÍNICA: ortopedia ENE: 7 LEITO: 2

Adriano Roberto de Paula
TCC EM RADIOLOGIA
C.R.T.R. 04/94 020277

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: Rx Joelho D. A. e S.

URGÊNCIA ☐ ROTINA ☐
DATA: 02.10.14 HORA DA SOLICITAÇÃO?

Agnaldo L. P. Junior
MÉDICO
CRM-PB 9116

Carimbo e Assinatura do Médico

Mod. 002



GOVERNO
DA PARAÍBA

7-2
otap.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Luiz Carlos

Netuna tala

P/ fazer novo
Rx.

Após Rx, re-
colocar tala

MOD. 001

Agostão B. P. Júnior
MÉDICO
CRM-PB 9116

Data

Médico

GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

NOME:

IDADE:

SEXO:

M

F

COR:

B

P

A

PESO:

ALTURA:

REQUISIÇÃO DE EXAMES

PRONTUÁRIO:

111

ENF:

LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Lindenberg Pereira Santos
TÉCNICO RADIOLOGIA
Matrícula: 02355 - TURGÊNCIA ☐ROTINA ☐

DATA:

29.09.14

HORA DA SOLICITAÇÃO?

Agostinho L. P. Júnior
MÉDICO
CRM-PA 916

Carimbo e Assinatura do Médico

DETALHES DO PROCESSO

Número Sinistro: 3140/091586
 Categoria: 09 - Moto / Motocicleta
 Data Sinistro: 21/09/2014
 Seguradora: MBM - Seguradora
 Preparador: Atendimento (Apoio)
 Analista: Thais Ayuki Inoue
 Situação: Pago
 Fãil: MBM Serviços de Seguros Protocolo: 0

Garantia: 02 - Ipa / Invalidez
 Data Recepção: 21/11/2014
 Angariador: Paraiba Seguros DPVAT
 Data Rateio: 23/01/2015

DATAS DE ENVIO

Data de Envio 04/12/2014
 Data de Envio 05/01/2015
 Nº Carta 1605
 Nº Carta 0

VÍTIMAS

Vítima Luiz Carlos de Brito
 Endereço: Sítio Pata, 0 - Rural - Boqueirão - PB Estado PB
 Cep: 58.450-000
 Telefone

DOCUMENTOS

Descrição Adendo ao boletim de ocorrência informando a placa do veículo em que a vítima se encontrava
 Data da Solicitação 24/11/2014 Data Recepção 04/12/2014

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Beneficiário	O mesmo	Data Pagamento	00/00/0000
CPF/CNPJ	08218291490	Conta Corrente	22496-0
Data Rateio	00/00/0000	Tipo Conta	Poupança
Agência	1654-3	Valor Indenização	4.725,00
Banco	Banco do Brasil	Valor Nota Fiscal	0,00
Valor Indenização	4.725,00	Valor Nota Fiscal	0,00
Valor Reanalise	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00
Valor Reanalise 2	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00
Valor Reanalise 3	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00
Valor Pleiteado	13.500,00	Data Pagamento	23/01/2015
Diferença	8.775,00	Data Pagamento	00/00/0000
		Data Pagamento 2	00/00/0000
		Data Pagamento 3	00/00/0000

CORRETORA

Código 1
 Nome Paraiba Seguros DPVAT
 Responsável João Paulo de Araújo
 Endereço batista maia 4493
 Telefone (88) 9237-0087
 E-mail paraibadpvt@hotmail.com

PROCURADOR

PODER JUDICIARIO DO ESTADO DA PARAIBA
COMARCA DE JOAO PESSOA - CENTRAL DE DISTRIBUICAO

Tipo de distribuição: SORTEIO

Processo: 0015493-15.2015.815.2001

14/05/2015 09 horas 16 minutos

Classe: PROCEDIMENTO SUMARIO
SEGURO

Valor da causa :

8775,00

Serie : 10

Autor : LUIZ CARLOS DE BRITO

Reu : MAPFRE SEGURADORA S/A

Vara : 13A. VARA CIVEL

Juiz : ANTONIO SERGIO LOPES

Promotor:

CONCLUSÃO

Nesta data, após ouvir o juiz
autor e o Juiz de Direito desta
Vara
João Pessoa (PB), 14/05/2015

Recebo da(s) parte(s)

38
B

AUTUAÇÃO

Certifico e dou fé nesta data, que
autuei o presente feito, contendo 39
folhas.

JP(PB), 17 / 06 / 2015.

B
Analista/Técnico

CONCLUSÃO

Nesta data, faço conclusos estes
autos ao Dr. Juiz de Direito desta
Vara.

João Pessoa(PB), 18 / 06 / 15

B
Técnico(a) Judiciário(a)



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DA CAPITAL
13ª VARA CÍVEL

Vistos, etc

Deiro os benefícios da justiça gratuita.

Ao Cartório para que designe audiência de conciliação, nos termos do art.277 do CPC, conforme disponibilidade em pauta.

Cite-se com a advertência do art.277, §2º e 3º, do CPC.

Não obtida a conciliação deverá o réu oferecer resposta escrita ou oral ao pedido, acompanhado de documentos e rol de testemunhas em observância ao art.278, do CPC, bem como juntar aos autos os documentos de interesse comum requerido pela parte autora.

João Pessoa, 19 de junho de 2015.


ANTONIO SÉRGIO LOPES
Juiz de Direito

DATA

Certifico que nesta data recebi
os presentes autos do MM Juiz
de Direito da 13ª Vara Cível
João Pessoa, 04 / 09 / 15


Analista/Técnico



41
423
C.

ESTADO DA PARAÍBA PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DA CAPITAL JUÍZO DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL
Av. João Machado, 532, 5º Andar – Jaguaribe
CEP.: 58013-520- João Pessoa – PB

CERTIDÃO

Certifico que deixo de designar a presente audiência para
fazer conclusos os presentes autos em virtude de determinação do MM. Juiz.

João Pessoa, 15/02/2018


Anderson C. da Costa
Analista Judiciário

42
13/02/18
Vistos, etc...

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, onde a parte autora pleiteia o pagamento da complementação atinente a dito seguro.

Na conformidade da nova sistemática do CPC, sabe-se que, em seu art. 334, há determinação expressa para designação de audiência prévia de conciliação/mediação antes da apresentação de defesa do réu, no intuito de tentar promover a composição amigável entre as partes. Tal norma admite apenas duas hipóteses de exceção, a saber: havendo manifestação de vontade de ambas as partes pela não realização da audiência e quando o feito não admitir composição.

Em demandas desta natureza, apesar deste Juízo já ter determinado a designação de diversas audiências, as seguradoras, de forma reiterada, afirmam acerca da inviabilidade de qualquer acordo antes da realização da prova técnica.

Desta feita, diante da necessidade de prévia perícia médica, infrutífera será qualquer tentativa de acordo antes da prova técnica.

Assim, pelas razões expostas, deixo de aprazar audiência de conciliação prévia.

Cite-se a parte ré, para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de revelia.

Defiro a gratuidade judiciária requerida.

Certifique-se a Escrivania se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.

P.I.

João Pessoa, 19/02/2018.

DANIELA FALCÃO AZEVEDO
Juíza de Direito

DATA

Nesta data, foram-me entregues
estes autos e faço este termo.

João Pessoa (PB), 27, 02, 18

ESCRIVA / ESCRIVENTE