

29/12/2017

HTCG-Painel Administrativo

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1571033 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 29/12/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Claudia Bezerra Lacerda

PACIENTE: OSVALDO DA SILVA CEP:58400002 Nascimento:23/08/1974

LIMA Sexo:M Telefone: 33350001

Endereço:AURIA MOURA RIBEIRO Idade:043 Bairro:CATINGUEIRA

Cidade: Campina Grande RG: Nº:163

Nome da Mãe: CREUSA DA SILVA LIMA CPF: Profissão:VENDEDOR

Responsável: MARTA DA SILVA Data de Atend:29/12/2017

Estado Civil:Divorciado(a) Hora: 19:45:47

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CAMINHAO Hora: 19:45:47

Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA CONVÊNIO:SUS

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- 1. Abrasão 19. Fratura óssea fechada
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão 21. Hematoma
4. Contusão 22. Injúria Venoso
5. Crepitação 23. Laceração
6. Dor 24. Lesão tendinosa
7. Edema 25. Luxação
8. Empalhamento 26. Mordeadura
9. Ematoma subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal
10. Esmagamento 28. Objeto Encaixado
11. Equimose 29. Otorragia
12. F. Arma branca 30. Paralisia
13. F. Arma de fogo 31. Parestesia
14. F. Cortado 32. Parestesia
15. F. Cortante 33. Queimadura
16. F. Corto-contuso 34. Rinorragia
17. F. Perfuro-contuso 35. Sinais de Isquemia
18. F. Perfuro-cortante 36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
DIGNOSTICO / CID: Poltrauma

EXAM. PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS
Paciente vítima de politrauma na cena de 30min, colisão moto-comunhão, comparece a este serviço sendo trazido pelo SAMU. Paciente hemodinamicamente estável, nega vômitos ou manuseio. Refere apenas dor do joelho @
ALERGIA: Nega
MEDICAMENTOS: Nega
PATOLOGIAS: HDS
EXAME FÍSICO
PUPILAS (X) Fotorreagentes ( ) Anisocóricas ( ) Anisocóricas
Glasgow 15 PA HGT: SatO2
RAIO X
ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em: 29/12/17
EXAMES SOLICITADOS: ( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia: ( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias: ( ) Tomografia Computadorizada
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO: Especialista: ortopedia / 20 dias às 20:00 Dia / / Especialista: / às : Dia / /
MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO
1 Internamento p/ Hto cirurgia
2 Tilielil dom LAO EV e Dentso Lima Santos
3 Dronozol PAO EV e TEC. DE ENFERMAGEM
4 CORENTE 402.189
5
6
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: Dr. Valdir Duarte Melo
Cirurgião - CRM 21584/93



/projetohtcg/imp/urgencia.php?contar=1571033

Assinado eletronicamente por: MICHELL VINICIUS DE ANDRADE SILVA - 24/02/2019 17:17:21
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022417154021700000018903781
Número do documento: 19022417154021700000018903781



GOVERNO DA PARAÍBA

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

### Ficha de Acolhimento

Nome: <i>Oswaldo de Silva Lima</i>	
End: <i>Rua Auroa Moura Ribeiro</i>	Bairro: <i>Catigona</i>
Data de Nascimento: <i>23, 08, 74</i>	Documento de Identificação:
Queixa: <i>acidente</i>	Data do Atend.: <i>29, 12 17</i> Hora: <i>19:37</i> Documento:
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

*de maço*

### Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

### Estratificação

MOD. 110

*evangelus*

Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

*Waleska*

*[Signature]*

Assinatura e carimbo do profissional





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

**PACIENTE: OSVALDO DA SILVA LIMA**

**DATA DO EXAME: 29.12.2017**

**RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO**

- Múltiplos traços de fraturas com extensão intra-articular na tibia proximal.
- Traço de fratura na fibula proximal sem desvio.

**RADIOGRAFIA DE TORAX**

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

  
Dr. Raiff R. Cavalcanti  
CRM/PB: 6320

Dra. Miriam Albino  
CRM/PB: 6435

Dra. Marcella Farias  
CRM/PB: 6550


Dr. Rafael Borges  
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda  
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia  
CRM/PB: 6101




Data da internação: 29/12/2017 Hora: 21:04:30

 <b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNES <b>2362856</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES <b>2362856</b>
<b>Identificação do Paciente</b>		
5 - NOME DO PACIENTE <b>OSVALDO DA SILVA LIMA</b>		6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1571075</b>
7 - CARTÃO DO SUS <b>700408906368640</b>	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>23/08/1974</b>	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>CREUSA DA SILVA LIMA</b>		11 - TELEFONE DE CONTATO DD <b>83</b> N° DE TELEFONE <b>33350001</b>
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <b>AURIA MOURA RIBEIRO, 163, CATINGUEIRA</b>		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>	14 - CÓDIGO MUNICIPAL <b>250400</b>	15 - UF <b>PB</b>
16 - CEP <b>58400002</b>		
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <p style="font-size: 1.2em; color: blue;">Acidente com dor + edema Joelho P</p>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <p style="font-size: 1.2em; color: blue;">Tratamento cirurgico</p>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <p style="font-size: 1.2em; color: blue;">Exame físico e radiográficos</p>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <p style="font-size: 1.2em; color: blue;">Fratura tibial D</p>	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>706509310860293</b>		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>JULIO CESAR RIBEIRO DE CA</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>29/12/2017</b>
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>		
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE
34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	38 - SÉRIE	
35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>/ /</b>		
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		



Data da internação: 29/12/2017 Hora: 21:04:30

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856
<b>Identificação do Paciente</b>		
5 - NOME DO PACIENTE OSVALDO DA SILVA LIMA		6 - N° DO PRONTUÁRIO 1571075
7 - CARTÃO DO SUS 700408906368640	8 - DATA DE NASCIMENTO 23/08/1974	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL CREUSA DA SILVA LIMA		11 - TELEFONE DE CONTATO 83 33350001
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) AURIA MOURA RIBEIRO, 163, CATINGUEIRA		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CÔD. IBGE MUNICÍPIO 250400	15 - UF PB
16 - CEP 58400002		
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Anestesia de membros superiores e inferiores 328119 P		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Trauma de membros superiores		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exame físico e radiológico		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de humero	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF
29 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 706509310860293		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JULIO CESAR RIBEIRO DE CA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 29/12/2017
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Julio Cesar Ribeiro de Castro CRM-PB 10.200/2015		
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>		
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	38 - SÉRIE	
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	



Sr(a): OSVALDO DA SILVA LIMA      Protocolo: 0000377310      RG: NÃO INFORMADO  
 Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA      Data: 30-12-2017 09:36      Origem: CLINICA ORTOPEDICA II  
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 43 anos      Destino: ENF 03 - L 03

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 30/12/2017 10:08 ]

**Resultados**

**Valores de Referências**

**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....	4.7 milhões/mm <sup>3</sup>	4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	14,2 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	42 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	90 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos.....	9.000 /mm <sup>3</sup>	(%)	(/mm <sup>3</sup> )	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup>
Neutrofilos				
Promielócitos.....	0		0	
Mielócitos.....	0		0	
Metamielócitos.....	0		0	
Bastonetes.....	3,0		270	
Segmentados.....	79,0		7.110	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....	0		0	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>
Basófilos.....	0		0	0 à 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>
Linfócitos				
Típicos.....	16,0		1.440	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm <sup>3</sup>
Atípicos.....	0		0	
Monocitos.....	2,0		180	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	183.000 mm <sup>3</sup>			140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

**Geraldo R. Fonseca Neto**  
 Biomédico  
 CRBM 5010

Emissão : 30/12/2017 10:34 - Página 1 de 2





Sr(a): OSVALDO DA SILVA LIMA      Protocolo: 0000377310      RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA      Data: 30-12-2017 09:36      Origem: CLINICA ORTOPEDICA II  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 43 anos      Destino: ENF 03 - L 03

**TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'00''**

[DATA DA COLETA: 30/12/2017 10:10 ]

Valores de Referência:  
De 1 a 3 minutos

Material: sangue

Método: Duke

**TEMPO DE COAGULACAO..... 6'30'' min**

[DATA DA COLETA: 30/12/2017 10:10 ]

Valores de Referência:  
De 5 a 11 minutos

Material: Sangue

Método: Lee-White

  
Geraldo R. Fonseca Neto  
Biomédico  
CRBM 5010

Emissão : 30/12/2017 10:34 - Página 2 de 2







AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Osvaldo de Silva Lima IDADE: 43 SEXO: M

IMC: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DATA: 30/12/17

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática ( ) Sintomática ( ) Oligossintomática

SINTOMAS:

- ( ) Cefaláia ( ) Tontura ( ) Síncope
( ) Dispneia de esforço ( ) Grande ( ) Pequena
( ) Média ( ) Ortopnéia
( ) Palpitações ( ) Tosse Seca ( ) Expectoração
( ) Dor Precordial ( ) Típica ( ) Atípica
Relacionada ( ) Esforço ( ) Emoções ( ) Frio ( ) Pós-prandial

Comentários: \_\_\_\_\_

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- Hipertensão Arterial Sistêmica ( ) Hipertensão Pulmonar ( ) DPOC ( ) Outros
( ) Diabetes Mellitus N ( ) Insuf. Cardíaca Congestiva N ( ) Insuficiência Coronariana N
( ) Arritmias ( ) Insuf. Renal ( ) Aguda ( ) Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- ( ) Alergia a Medicamentos: meiga ( ) Tabagismo N
( ) Etilismo N ( ) Sedentarismo
( ) Dislipidemia ( ) Cirúrgico P / fratura ( ) Outros

Medicamentos em uso ( ) Não  Sim losartane

4 - EXAME FÍSICO:

( ) Estado Geral  Bom ( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Precário ( ) Altura ( ) Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RR, 2T, 1D

FC.: 75 b.p.m P.A.: 130 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: \_\_\_\_\_

Abdômen - Comentários: \_\_\_\_\_

Membros inferiores - Comentários: fratura MID

5 - E.C.G.: R. sinusual, normal, q interferência

Ex. Laboratoriais: \_\_\_\_\_

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

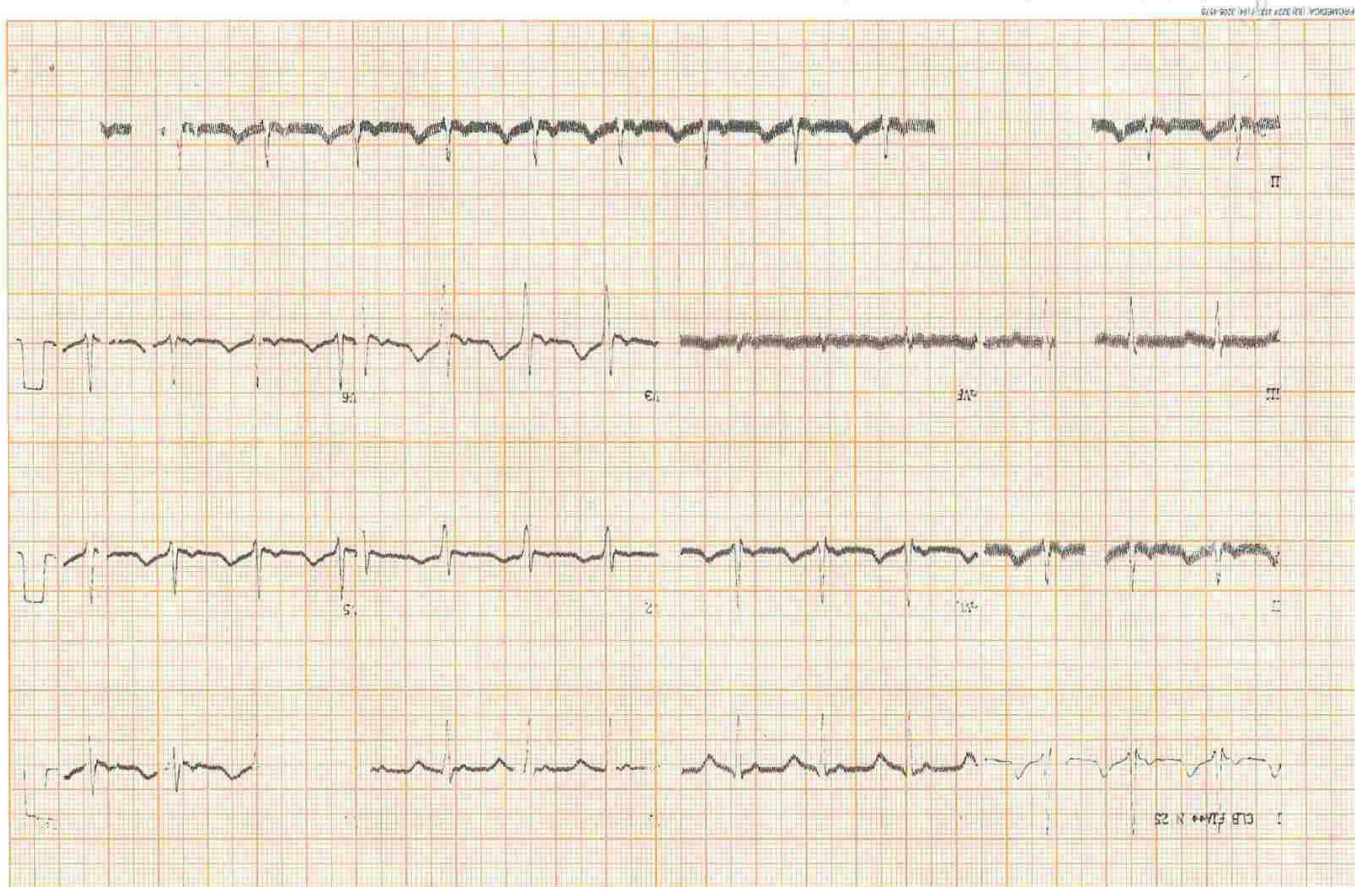
- Grau I - AVC e ECG - normais ( Risco Cirúrgico Normal)
 Grau II - AVC e ECG - anormais ( Risco Cirúrgico Normal)
( ) Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
( ) Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

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

Handwritten signature and stamp of a cardiologist.

Ass. do Médico





OSVALDO DA SILVA LIMA  
 ORTOPEDIA 02  
 ENFERMARIA 03  
 LETO 03  
 43 ANOS  
 INICIO: 11:20 AM  
 TERMINO: 11:35 AM



Paciente: Osvaldo da Silva Lima  
Data do Exame: 30/12/2017  
Exame: Tomografia Computadorizada do Joelho Direito

**Técnica:** Estudo tomográfico computadorizado do joelho direito realizado em em

**Indicação:** Antecedente de fratura de platô tibial. Necessita de TC para programação cirúrgica.

**Análise:**

- Fratura cominutiva da região intercondiliana com extensão para o platô lateral, sem afundamento significativo.
- Lipoemartrose no recesso suprapatelar.
- Edema subcutâneo.

Dra. Milena Veiga  
Médica Radiologista  
CRM-PB 9117

2 VIA





PACIENTE:	Oswaldo da Silva Lima
DATA DO EXAME:	29/12/2017

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

**METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

**ANÁLISE:**

Não identificamos sinais de líquido livre intra-peritoneal, pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, ou bexiga identificáveis ao método.

  
**DR. Tiago Nepômuceno**  
CRM 6723

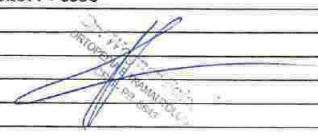
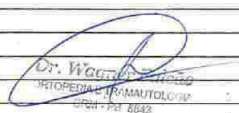
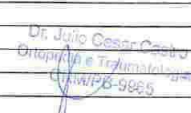



DIAGNÓSTICO

F+ P+ 10/2019 (D)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Osvaldo da Silva Alojamento: 2 Leito: 1 Convênio: \_\_\_\_\_

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1. Dieta <u>líquida</u>	CT	
9/1/19	2. SRL 1500ml EV/24h	<del>12</del> <del>18</del> <del>24</del>	
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	<del>12</del> <del>18</del> <del>24</del>	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	<del>12</del> <del>18</del> <del>24</del>	<u>12/12h, 19/01/2019</u>
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	SIN	
	7. Nauseáron 01 FA + AD EV 8/8h SN	SIN	<u>CT: VPA</u>
	8. Clexane 40mg SC/dia <u>falta</u>	<u>20</u>	
	9. SSVV + CCGG	CT	
			
9/1/01	1) Dieta <u>líquida</u>		<u>A. G. Esteel</u>
	2) <u>SRL</u>		<u>em 20/01/19</u>
	3) Dipirona 02ml + AD EV 06/06h	<del>12</del> <del>18</del> <del>24</del>	
	4) Tilatil 20mg + AD EV 12/12h SN	<del>12</del> <del>18</del> <del>24</del>	
	5) Tramal 100mg + 100ml SF EV 8/8h SN	SIN	<u>CT: VPA</u>
	6) Clexane 40mg SC 1x <u>Falta</u>	<u>20</u>	
	7) SSVV + CCGG		
			



31/12/14 04:00 PA: 150x90 T36°C

Paciente evoluí em estado clínico regular  
laboral, evoluiu até tarde da no-  
ite, com Gals em MSD realizado SSW  
medicações de suporte segundas prescrições  
segue laboratório e Dr. Cassimiro Carvalho de Oliveira  
Técnica de Enfermagem  
COREN-PB 1.115.854

31/12/14 PA: 140x80  
21:00 H

Paciente evolui em boa ECR G.Tavel

segue em boa G.Tavel

01/01/2018 04:00 PA: 110x40 T:36°C.

Paciente evoluí em estado clínico regular Estável  
laboral, evoluiu até tarde da noite com Gals em MSD,  
medicações de suporte segundas prescrições  
segue laboratório e Dr. Cassimiro Carvalho de Oliveira  
Técnica de Enfermagem  
COREN-PB 1.115.854

01/01 20:00 PA: 140x80  
Paciente evolui com boa ECR G.Tavel  
segue em boa ECR G.Tavel



31/12/14 04:00 PA: 150x90 T36°C

Paciente evoluí em estado clínico regular  
laboral, evoluiu até noite e no  
dia, com Gals em MSD realizado SSW  
medicações de rotina e seguintes prescrições  
segue laboratoriais e Dr. Cassimiro Carvalho de Oliveira  
Raely Cassimiro Carvalho de Oliveira  
Técnica de Enfermagem  
COREN-PB 1.115.854

31/12/14 PA: 140x80  
21:00 H

Paciente evolui em boa ECR estável  
segue em boa evolução de 02' o momento

01/01/2018 04:00 PA: 110x40 T:36°C.

Paciente evolui em estado clínico regular Estável  
laboral, evoluiu até noite e no dia, com Gals em MSD,  
paciente em MSD (mod), realizado SSW, medicações de  
rotina e seguintes prescrições Aguardando cirurgia  
segue em estado de vigília de Dr. Cassimiro Carvalho de Oliveira  
Raely Cassimiro Carvalho de Oliveira  
Técnica de Enfermagem  
COREN-PB 1.115.854

01/01 20:00 PA: 140x80  
Paciente evolui com signos estáveis  
em boa evolução



OK

DIAGNÓSTICO

F+ P10727

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30/12	1. Dieta <i>líquida</i>		
	2. SRL 1500ml EV/24h	16:30	
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	18:00	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	18:30	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	06:00	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	18:00	
	7. Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN	18:00	
	8. Clexane 40mg SC/dia	18:00	
	9. SSVV + CCGG		

Dr. Wagner Falcão  
 ORTODONTIA E ORTODONTILOGIA  
 CRM - PB 1644

Dr. Wagner Falcão  
 ORTODONTIA E TRAMATOLOGIA  
 CRM - PB 1644





30.10.17 8:00h  
PA: 130x80 BFM-91  
Foe. anexo comente. enviado SSIV  
MERN, segue aos cuidados da enfermagem  
14033





GOVERNO  
DA PARAIBA

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

Receituário Simples

Exames de  
Ortopedia e  
P/ Dr. João  
ou Dr. Wally

MOD.001

Dr. Agnaldo Lima  
Ortopedia / Trauma / Fisioterapia  
CRM-PR 5116 - IEO - 18283

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Médico



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

fx platibial D

Paciente: 052212 de Silva Alojamento: 3 PRE OP: 3 Leito: 3 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29/12	1 DIETA LIVRE		
	2 JELCO SALINIZADO		ORTOPEDIA# DIH#
	4 DAPIRONA 2ML EV 6/6H	3x 06	Acidente de trânsito do + edema em joelhos D A= exame físico e radiografia da fratura de platibial D
	5 OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM	2x 10	
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N		
	7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 SE DOR		
	8 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N		
	9 TILATIL 20mg + AD - EV 12/12h S/N		
	10 CLEXANE 40 UI-SC 1x/DIA		cc: Internação hosp. tely 12/12 Caxapódeba
	11 SSVV + CCGG		

Dr. Juliano Castro  
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Juliano Castro  
Ortopedia e Traumatologia





**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**
**1. IDENTIFICAÇÃO**

 Nome: Weslaldo de S. Lima Registro: 0 Leito: 1 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 PSICOBIOLOGICAS**
**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

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

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

Pupilas: (x) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D&gt;E ( ) E&gt;D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

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

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

Obs:

**OXIGENAÇÃO**

Respiração: (x) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

(x) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

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

Ruídos 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 PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora:

**PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**

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

**SEGURANÇA FÍSICA**

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

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

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





**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**
**1. IDENTIFICAÇÃO**

 Nome: Oswaldo da Silva Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 33 Setor Atual: 0102
**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 PSICOBIOLOGICAS**
**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

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

GLASGOW(3-15): \_\_\_\_\_ Drogas (Sedação/Analgésia): \_\_\_\_\_

 Pupilas:  Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) 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 cmH2O

 Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros: \_\_\_\_\_

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

Ruídos 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 \_\_\_\_\_ PCO2 \_\_\_\_\_ PO2 \_\_\_\_\_ HCO3 \_\_\_\_\_ EB \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**

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

**SEGURANÇA FÍSICA**
 Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação: \_\_\_\_\_

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

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








# TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
dá plena autorização aos médicos do Hospital \_\_\_\_\_ que o  
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento,  
comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente Osvaldo da Silva Lima  
reconhece que o mesmo deixou o Hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo  
inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, 03 de Januário de 2018

Osvaldo da Silva Lima  
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: Cláudio Pereira T. de Jesus  
\_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
certifica que o mesmo teve alta do Hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou qualquer  
outro membro do Hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



ORTOPEDIA 1  
LEITO 2-1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX PLATÔ TIBIAL (D)


Paciente OSVALDO DA SILVA LIMA, 43 Alojamento Leito Convênio LEITO 2-1

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
2/1	1 DIETA LIVRE		
	2 JELCO SALINIZADO		4 EDIH - PO: OK
	3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	12:18 OK	
	4 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N		BEG, estável, s/ distúrbios, s/ gases
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		Diurese (+) evacuações (+)
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEUM	OK	at: vpm
	7 TILATIL 20MG + ABD EV 8/8H	18:28 OK	Aguarda cirurgia.
	8 CLEXANE 40MG SC 1XDIA	20:00 OK	
	9 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H		
	10 SSVV+CCGG		
	11 Losartana 50 mg ea qd vo pele macho.	OK	
12			
13			
14			



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Açsis
02/01/18	20:00				140/80		paciente evoluiu em EGR, consciente e orientada, não segue questionário no momento, realizado SNU - CCGB - MCPM. Fique aos cuidados da enfermagem. HAUH	
02/01	20:30				140/80			Debita



	<b>P. M. Campina Grande</b> <b>SECRETARIA DE FINANÇAS</b> <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA</b> Código de Verificação <b>9839.6E1F.7C22.B291.9419.67C1.2401.87EC</b> Competência: <b>08/2018</b>		Número da Nota <b>43136</b>	
			RPS:	
			Data de Emissão <b>30/AGO/2018</b> 10:18:38	
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
Razão Social / Nome: <b>SISTEMA DE ASSISTENCIA SOCIAL E DE SAUDE LTDA</b>				
CNPJ / CPF: <b>07.678.950/0001-19</b>		Inscrição Municipal: <b>437040</b>		Inscrição Estadual:
Endereço: <b>RUA NILO PECANHA 83</b>		CEP: <b>58400-515</b>		
Bairro: <b>PRATA</b>		Complemento: <b>Não Informado</b>		
Município: <b>CAMPINA GRANDE</b>		UF: <b>PB</b>		País: <b>Brasil</b>
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Razão Social / Nome: <b>OSVALDO DA SILVA LIMA</b>				
CNPJ / CPF: <b>979.940.814-87</b>		Inscrição Estadual:		
Endereço: <b>RUA SAMUEL ARAUJO DINIZ 178A</b>		CEP: <b>58000-000</b>		
Bairro: <b>PRESIDENTE MÉDICE</b>		Complemento: <b>Não Informado</b>		
Município: <b>CAMPINA GRANDE</b>		UF: <b>PB</b>		País: <b>BRASIL</b>
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
REFERENTE DESPESAS HOSPITALARES DE PROCEDIMENTO DE FATURA DE TÍBIA DE PACIENTE OSVALDO DA SILVA LIMA				
<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$950,00</b>				
Código do Serviço		<b>86101001 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO P</b>		
Item da Lista		<b>04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambula...</b>		
INSS (R\$) - %	IRRF (R\$) - %	CSLL (R\$) - %	PIS (R\$) - %	COFINS (R\$) - %
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Base de Cálculo do ISS(R\$)	Aliquota(%)	Valor do ISS(R\$)	Valor Líquido(R\$)	
<b>950,00</b>	<b>3,50</b>	<b>33,25</b>	<b>950,00</b>	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
O ISSQN desta NF-e será recolhido pelo PRESTADOR MENCIONADO ACIMA.				
Para verificar a veracidade da Nota Fiscal entre no site da prefeitura e clique no link NFS-e.				
A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Campina Grande na Internet, no Endereço:			Código de Verificação:	
http://www.campinagrande.pb.gov.br e clique no link <b>NFS-e</b>			<b>9839.6E1F.7C22.B291.9419.67C1.2401.87EC</b>	
RECEBEMOS DA EMPRESA SISTEMA DE ASSISTENCIA SOCIAL E DE SAUDE LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA			Número da Nota: <b>43136</b>	
Local	Data	Assinatura		





Centro Hospitalar João XXIII  
Sistema de Assistência Social e de Saúde



## RECIBO

**R\$ 950,00**

Recebi do (a) senhor (a) OSVALDO DA SILVA LIMA, a importância acima de **R\$ 950,00** (NOVECIENTOS E CINQUENTA REAIS) referente a despesas hospitalares do mesmo para procedimento de FRATURA DE TÍBIA, realizado no dia 03 de Janeiro de 2018 e com alta no dia 04 de Janeiro de 2018. Pelo que passo o presente recibo de quitação.

Campina Grande, 04 de Janeiro de 2018.

*Sakstia Pinheiro*

SAS – Sistema de Assistência Social e de Saúde  
Setor Financeiro

