



Número: **0821223-18.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **23/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MAIKOM (AUTOR)	GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
23799 967	23/08/2019 19:50	Petição Inicial	Petição Inicial
23799 968	23/08/2019 19:50	Petição Inicial	Outros Documentos
23799 970	23/08/2019 19:50	Procuração	Procuração
23799 971	23/08/2019 19:50	Doc. Pessoais e Comp. de Residência	Documento de Identificação
23799 975	23/08/2019 19:50	SAMU, BO e Comp. de Pag. Administrativo.	Outros Documentos
23799 979	23/08/2019 19:50	Doc. Médica 1	Outros Documentos
23799 981	23/08/2019 19:50	Doc. Médica 2	Outros Documentos
23799 984	23/08/2019 19:50	Doc. Médica 3	Outros Documentos
23799 986	23/08/2019 19:50	Doc. Médica 4	Outros Documentos
23799 988	23/08/2019 19:50	GuiaCustas	Outros Documentos
24197 515	06/09/2019 12:05	Despacho	Despacho
28054 518	06/02/2020 18:44	Mandado	Mandado

Petição Inicial em anexo.



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 23/08/2019 19:49:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082319494032500000023059683>
Número do documento: 19082319494032500000023059683

Num. 23799967 - Pág. 1



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA
CIVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE-PB.**

MAIKOM, brasileiro, solteiro, auxiliar de mecânico, portador do RG de nº 4117601- SSP/PB, e CPF de nº: 704.212.714-50, residente e domiciliado na Rua Ferroviária, nº 08, Ap. 06 C, Bairro: Quarenta na cidade de Campina Grande/PB, CEP 58416-195, por intermédio do seu bastante procurador que esta subscreve, com endereço profissional localizado no endereço que consta no rodapé desta, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex^a, propor o presente:

ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.

COMPLEMENTO

Em face de: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro - RJ, CEP-20.031.205, CNPJ 09.248.608.0001-04 expondo e ao final requerendo o seguinte:

AB INITIO, diante da situação financeira em que se encontra o Promovente requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso a Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

É cediço que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, nada basta além do simples pedido, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua a Lei de nº. 1.060, de 05.02.1950 do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO OU DE CONCILIAÇÃO

Considerando a necessidade de produção de provas no presente feito, bem como a política atual de acordo zero adotada pela parte Ré, a parte autora vem manifestar, em cumprimento ao **art. 319, inciso VII do NCPC/2015**, que não há interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação, haja vista a iminente ineficácia do procedimento e a necessidade de que **ambas as partes** dispensem a sua realização, conforme previsto no **art. 334, §4º, inciso I, do NCPC/2015**.





DOS FATOS E DOS DIREITOS

O Autor foi vítima de acidente automobilístico dia 07/09/2017, quando trafegava na sua motocicleta Honda/CG 150, ano/modelo 2008, cor azul, placa MNW-0075/PB, chassi de nº 9C2KC8308BR004314, na rua Almirante Barroso, bairro da liberdade, momento em que sobrou na curva e perdeu o controle de direção, vindo cair ao solo e sofrendo lesões graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital e Emergência e Trauma de Campina Grande-PB, conforme descrito em prontuário medico, atestado médico e no Boletim de Ocorrência em anexo, da Polícia.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais **FRATURA DE FÉMUR NA PERNA DIREITA , ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA DE OSTEOSÍNTESE (PLACAS/PINOS/PARAFUSOS/SUTURA)**, o que sem dúvidas resultou no comprometendo total do membro, conforme se observa nos laudos médicos acostados aos autos e perícia a ser realizada.

Acontece que a parte autora, buscou seus direitos pela via administrativa, recebendo um valor irrisório de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL, TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Líder em anexo.

Destarte, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a redução funcional/invalidez dos membros supramencionado corresponde ao valor Máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, descrita em lei especial.

O próprio nome do Seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz *jus* à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez





permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação susomencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometeram e o registro de ocorrência no órgão policial competente, **estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:**

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA

340/2006. PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO. 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de 03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao





seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

Toda via é indiscutível a especificação da % da perda dentro da tabela da Lei 11.482/2007 , devido a quantificação de perda seja ela parcial ou total, pois quem possui aptidão e capacidade técnica para tal é um médico com especialidade em ortopedia para quantificar a lesão e sua invalidade permanente, devido o autor não possui capacidade econômica para arcar com tais despesas, motivo pelo qual requer a perícia judicial para resguardar direito do autor de acesso à justiça conforme prevê a Constituição Federal de 1988 no artigo 5º, XXXV : “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;”

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74,

DO REQUERIMENTO:

Pelo Exposto, requer a V.Ex.a., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida, a complementação do pagamento da indenização em epígrafe, **fundada no valor de R\$ 11.137,50 (ONZE MIL, CENTO E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS) referente ao DPVAT**, face a invalidez sofrida pelo autor, que veio a comprometer a função do adquirida através de acidente de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

01- Que Seja citada a Promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;

02- Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo em conformidade com **o rito especial imposto a lide**, tenha inicio a instrução e julgamento;





03 - Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente nas provas documentais, que serão apresentadas independentemente de intimação;

04- Seja intimado o autor para ser inquirido nos autos, e com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativo a data do sinistro;

05- Com fundamento no Art. 246, I do Código de Processo Civil Pátrio, seja a promovida, citada através de AR- (Correios e Telégrafos);

06- Seja a demandada condenada em 20%, sobre o valor da condenação, referente à honorários advocatícios, e, sejam intimadas as testemunhas arroladas a prestarem depoimento sob as penas da lei;

07- Não necessitando que seja oficiado a SEGURADORA LIDER para remeter cópia do processo administrativo, pois seguem e anexo cópias das documentações;

08- Não precisando que seja intimada a direção da casa hospitalar onde o autor, ora paciente, foi atendido para disponibilizar prontuário, pois os mesmos já se encontram em anexo;

09 – **Requer a produção de prova pericial**, oficiando o NUMOL/PERITO a ser nomeado por V. Excelência, visto que tal exame se torna imprescindível para o julgamento da presente demanda;

10 – Requer que a parte Ré anexe o processo administrativo, fazendo juntar ao caderno processual boletim de ocorrência original entregue na abertura do sinistro, por esta em poderes da Seguradora Líder.

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art.2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

Dá-se a presente o valor **R\$ 11.137,50 (ONZE MIL, CENTO E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande - PB, em 23 de Agosto de 2019

**GERSON LUCIANO SANTOS NETTO
- Advogado - OAB/PB 24.614**





QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE: _____.

- 1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA ____/____/_____, por volta das _____ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.
- 2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA (), de que forma?

_____.

- 3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENTIONAR O MEMBRO, SENTIDO, ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):

_____.

- 4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS?:

_____.
_____.

- 5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE?:

_____.
_____.

Sem mais, em ____/____/_____.
(assinatura – carimbo – CRM)





PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

OUTORGANTE: MAIKOM, brasileiro, Solteiro, Auxiliar de Mecânico, portador da Cédula de Identidade nº: 4.117.601 SSDS/PB, inscrito no CPF nº: 704.212.714-50, residente e domiciliadona Rua, Ferroviária, Nº 08,Apo. 06 c,Quarenta, Campina Grande /PB. Cep:58416-195. Fone:(83)98622-2981.

OUTORGADO: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 24.614, ambos com endereço profissional na **Rua: professora Corina Maria Rabelo, nº 28 Bairro José Américo de Almeida -, na Cidade de João Pessoa/PB, 986434993.**

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante, defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art.105 do Novo Código de Processo Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei nº 8906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

CONTRATO: O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária advocatícia remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de **30%**, calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

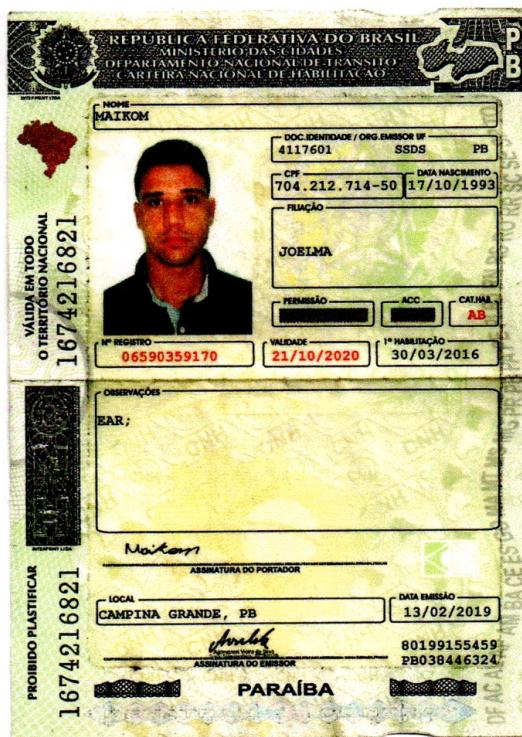
A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 1.060/50, declara que é pobre na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

João Pessoa/PB, de 2019.



Outorgante/Declarante





Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 23/08/2019 19:50:03
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082319495918500000023059687
Número do documento: 19082319495918500000023059687

Num. 23799971 - Pág. 1

REMESSA ENTREGUE

036737

INSS

AG DA P.E CAMPINA GRANDE - DINAMERICA
AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N
SANTA ROSA
CAMPINA GRANDE - PB
58416-680

MUDOU-SE RECUSADO
 ENDEREÇO INSUFICIENTE NÃO PROCURADO
 NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO AUSENTE
 DESCONHECIDO FALECIDO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: / /

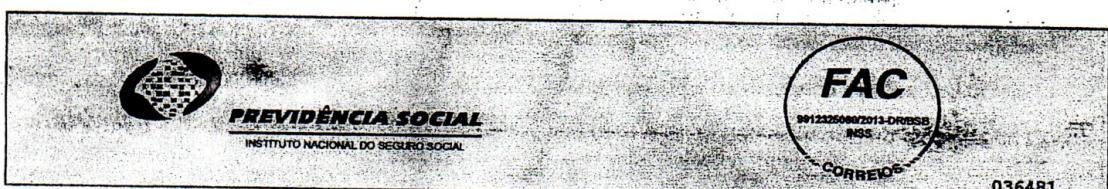
EM: / /

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: CON39A



MAIKOM
FERROVIARIA 08 AP06 BLC
QUARENTA
CAMPINA GRANDE PB
58416-195

5013196987420760000003648130181017






**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA
2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
CENTRO INTEGRADO DE OPERAÇÕES POLICIAIS**

Nº 113

C E R T I D Ã O

Conforme Registro de Ocorrência de nº 00004 do dia 07/09/2017, às 05hs28min, CERTIFICO que a guarnição de Auto Resgate (AR-33) deslocou até a Avenida Almirante Barroso, Bairro: Liberdade, Campina Grande-PB para atender uma ocorrência de QUEDA DE MOTO. Chegando ao local, a vítima, o Sr. MAIKOM de identidade nº 4.117.601 2ª via SSP/PB, 24 anos se encontrava ao solo com uma possível fratura de fêmur no membro inferior direito. Tão logo, feito os procedimentos técnicos, a vítima foi conduzida ao Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes.

CAUSA PROVÁVEL: Ignorada*****

CHEFE DA GUARNIÇÃO: SD BM ALEXANDRE ALVES ARAÚJO *****

Quartel em Campina Grande – PB, 17 de Novembro de 2017.



GLADSTONE NOGUEIRA DA SILVA – CAP QOABM
Chefe do CIOP do 2º BBM



GOVERNO DA PARAÍBA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA - 2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
AV. ALMEIDA BARRETO, N° 426 – SÃO JOSÉ, CEP: 58400-028 – CAMPINA GRANDE-PB.
TEL: (83) 3310-9239 / FAX: (83) 33109386 –
E-MAIL: comando2crbm@hotmail.com

24/07/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

SINISTRO 3190444687 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MAIKOM

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO MAIKOM

CPF/CNPJ: 70421271450

Posição em 02-08-2019 08:07:33

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

05/08/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
------------	--------------	----------	--------------

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/07/2019	Aviso de Sinistro*	



SECRETARIA DE ESTADO DA
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



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

TESTEMUNHA

Nome: Kelly Cristina Cardoso da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Ivanilda Silveira da Silva e José Ricardo Cardoso da Silva
Idade: 33 Data de Nascimento: 14/03/1984 Identidade de Gênero: feminino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Cabelereira
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 052.992.114-65
Endereço: Rua do Juá, 94, Tambor, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98719-9351

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 JOB, tipo de veículo Motocicleta, cor Azul, ano MNW-0075, placa MNW-0075, chassi 9C2KC8308R004314, renavam 96489347

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 JOB, Ano/Modelo 2008/2008, cor azul, Placa MNW-0075-PB, Chassi de Nº 9C2KC8308R004314, licenciada em nome de Thiago Lemos Rodrigues, quando trafegava na rua Almirante Barroso, bairro da Liberdade, momento em que sobrou na curva e perdeu o controle de direção, vindo a cair ao solo e sofrendo fratura de Fêmur na perna direita, sendo socorrida pelo Corpo de Bombeiros 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.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 16 de janeiro de 2018.



SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

MAIKOM
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00009.01.2018.2.00.420

2/2



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES.
DIRETORIA GERAL
NÚCLEO DE AUDITORIA

CERTIDÃO CÓPIA

Certificamos para os devidos fins de direito que o paciente atendido no dia 07 de setembro de 2017 (Atendimento nº. 1500978), pelas 06:09 h, foi **MAIKOM**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade nº. 41.17.601 SSP/PB e CPF nº. 704.212.714-50, filho de Joelma, natural de Campina Grande - PB, estando o seu prontuário médico preenchido de forma errônea. Portanto, onde lê-se **MAYCON CARDOSO DA SILVA**, leia-se **MAIKOM**.

Certificamos, ainda, que o paciente, apresentou Carteira Nacional de Habilitação original onde consta o nome correto do mesmo.

Campina Grande/PB, 29 de janeiro de 2018

RODRIGO ARAÚJO CELINO

Chefe do Núcleo de Auditoria do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Mat.: 157.816-2 – OAB/PB 12.139
Hospital de Emergência e Trauma
de C. Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Pedro Mario F. A. Fernandes
Núcleo de Auditoria/Assistente Jurídico

PEDRO MÁRIO FREITAS ALVES FERNANDES

Assessor Jurídico do Núcleo de Auditoria do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Mat.: 210.411-3 – OAB/PB 22.160



07/09/2017

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - D^o CLÍNICOS

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT. (B.E) Nº:1500978 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Maitinga, Campina Grande - PB, CEP: 58432-309
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: maycon ~~carlos da~~ Silva 24 anos **NASCIMENTO:** 31/12/1969
Endereço: **MATKOM** **Atendente:** Cláudia Bezerra Lacerda
Cidade: **Estado Civil:** **Nome da Mãe:**

Responsável: **Sexo:** **CPF:** **RG:** **Nº:** **Profissão:**
Data de Atend. 07/09/2017 **Bairro:** **CNS:** **Hora:** 06:09:39 **CONVÉNIO/SUS:**

Especialidade: **CRM:** **Exames solicitados:**
EXAMES SOLICITADOS: **LABORATORIAIS:** **ULTRASSONOGRAFIA:**
GASOMETRIA arterial **RESONÂNCIA MAGNETICA:**
(Tomografia) Computadorizada **RADE SEGUROS:**

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: **Realizada em:**

Especialista: **Realizada em:**
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº **PRESCRIÇÕES E CONDUTAS** **HORÁRIO REALIZADO**

1 **2** **3** **4** **5** **6**

7 **8** **9** **10** **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36**

10 **11** **12** **13</**

07/09/2017



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

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - D

'S CLÍNICOS

*Exame primário clínico
de paciente com lesão
grave no lado esquerdo.
Atendeu paciente com lesão
grave no lado esquerdo.*

ATENDIMENTO URGÊNCIA

CLASS. DE RISCO VERMELHO

PRONT (B.E) Nº: 1500978
HOSPT DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Málvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Cláudia Bezerra Lacerda

PACIENTE: maycon ~~escreveu~~ 24 anos

Endereço:
E-mail:
Cidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

Especialidade:

CRM:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Medico:

Data de Atendimento: 07/09/2017

Hora: 06:09:39

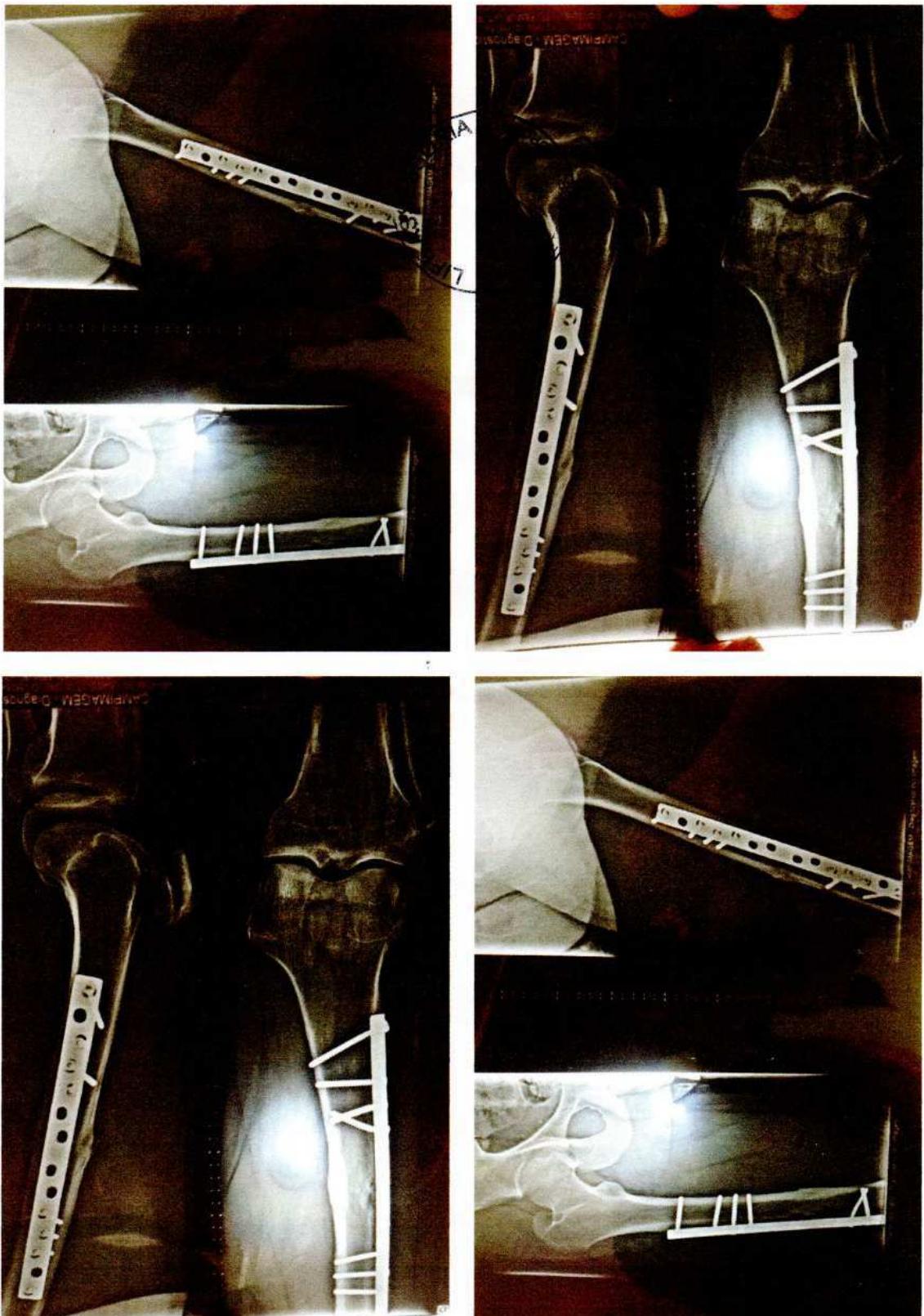
Especialidade:

CRM:

RG:

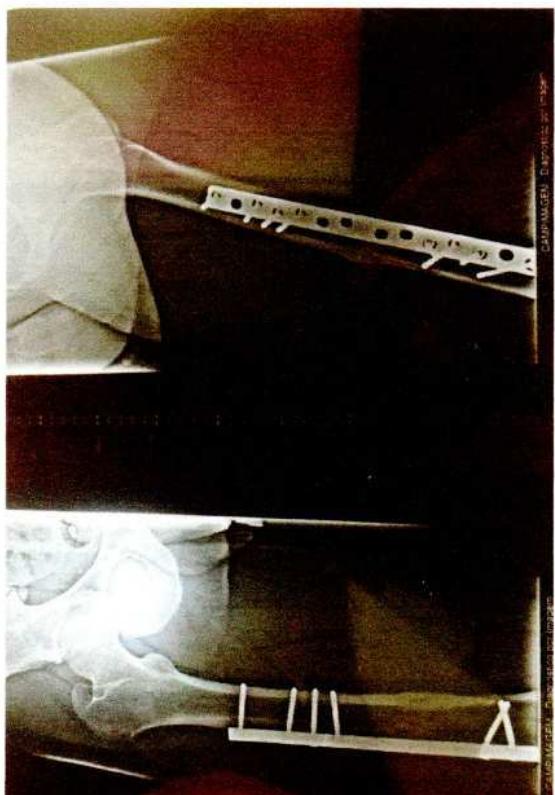
CPF:

Nome da Mãe:



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 23/08/2019 19:50:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082319500703300000023059694>
Número do documento: 19082319500703300000023059694

Num. 23799979 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 23/08/2019 19:50:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082319500703300000023059694>
Número do documento: 19082319500703300000023059694

Num. 23799979 - Pág. 5

2017-9-7

Proyecto Administrativo

Data da internação: 07/09/2017 Hora: 08:19:40

SUS		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		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES		2362856	
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE MAYCON CARDOSO DA SILVA				1501014			
7 - CARTÃO DO SUS 703 6090 7966 3232				8 - DATA DE NASCIMENTO 31/12/1969		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Joelma				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 11 N° DE TELEFONE			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) 0 Ruas do Jura 94				14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF 0	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande				16 - CEP			
- JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
Pendente de cirurgia							
- 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
Tx cir.							
- 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
Rx + ex. físico.							
- 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
Rx + ex. fisiológico.							
- 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fract. exp. da fíbula		- 21 - CID 10 PRINCIPAL		- 22 - CID 10 SECUNDÁRIO		- 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
- 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tx cir. II fíbula							
- 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO C54.2							
- 26 - CLÍNICA		- 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		- 28 - DOCUMENTO (X) CNS		- 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 207426920710003	
- 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA							
- 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/09/2017							
- 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							
- 33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
33 - () ACIDENTE DE TRANSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO							
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO		() AUTÔNOMO		() DESEMPREGADO		() APOSENTADO	
() EMPREGADOR						() NÃO SEGURADO	
- 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
- 44 - COD. ORGÃO EMISSOR							
- 45 - DOCUMENTO () CNS							
- 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR () CPF							
- 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 2019							
- 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							
- 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							

<http://10.1.1.148/projetohtcg/impreinternamento.php?contar=1501014>

11



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 23/08/2019 19:50:09
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082319500703300000023059694>
Número do documento: 19082319500703300000023059694

Núm. 23799979 - Pág. 6

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE-

Mauricio Cardoso Vida Silveira 17/10/1993



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Com
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA Tratamento Cirúrgico CIRURGIÃO Dr. Watson + Dr. Jefferson
de fratura de tímpano D. CT final ANESTESIA ANESTESIA
ANESTESIA

~~ANESTESIA~~ ANESTESIA

ANESTESIA

Brasília

INSTRUMENTADORA DATA INICIO FIM
NICHIGA 24/09/17 08:00 11:00

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
07	Adrenalinamp.	07	Calef. p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	60	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
07	Dimetileamp. 0,2mg		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolarfina amp.		Cotonoides		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	07	Dreno de succão 4.3		Catgut Simples Sertix	
	Fenigamamp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
07	Ketalar ml	07	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mefamina 1100ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nut. alin. amp.	07	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Proligmine amp.	QS	Espadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protocolo l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	08	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Ratiifen amp.		H.O. ml	05	Mononylon 2-0	**
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tricurium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	03	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
04	Aqua Destilada amp.	70ml	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
	Dicadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0	04	Vicryl Serfix	
	Flexidol amp.	04	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebotortil amp.	04	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Ceramicina amp.		Luvas 8.5		Vicryl Serfix	
07	Glicose amp. 1000ml	720	Oxigênio l/m 2L/min		LIFECARESSONIA	24 JUL. 2019
	Glucôn de Cálcio amp.		Pelifix		CORRE-SOROS	
	Haemacel ml.	QS	PVPi Degenerante ml		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Heparina ml.		PVPi Tópico ml.		SG Gelado fr 500 ml	
	Manakion amp.	QS	Sabão Antiséptico	02	SG Hiper térmico fr 500 ml	
01	Aspir. 1000ml	1000	Saco coletor		SG Ringr fr 500 ml	
	Medofenazol		Seringa desc. 10 ml		SG fr 500 ml	
02	Aspir. 1000ml	02	Seringa desc. 20 ml	04		
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	07		
	Revivam amp.		Sonda			
	Stupantan amp.		Sonda foley			
02	Cefabutina 1g		Sonda Nasogástrica			
		07	Sonda Uretral nº 14			
			Steridrem ml			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Torneirinha			
04	Aiguha desc. 25 x 7		Vaseline ml			
	Aiguha desc. 28 x 28		Gelcon 18			
08	Aiguha desc. 3x45 40x92	02	Latese			
07	Aiguha p/ raque nº 250	05				
05	Álcool de Enfermagem	05				
	Álcool Iodado ml	05				
04	Ataduras de Crepon	75				
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					
					EQUIPAMENTOS	
					(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
					(X) Serra elétrica	(X) Eletrocautério
					() Desibrilador	() Oxicardiógrafo
					(X) Foco Frontal	() Cardiomonitor
					() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico
					CIRCULANTE RESPONSÁVEL	

Adriana Escobar Gutiérrez

Aline Estrela Rodrigues
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN - PB 432.177

MOD 066





Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1^a Via Cliente / 2^a Via Empresa / 3^a Via Fixa

Nº 3656

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

三九经络

NOME DO PACIENTE

MEDICAL RADIO

PROCESO LIGADO REALIZADO

DATA DA UTILIZAÇÃO

A circular stamp with the text "LIF ASSESSORIA" at the top and "COMUNICAÇÃO E SEGUROS" at the bottom. The date "24 JUL. 2019" is in the center.

26 JULY 2019

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Gaudí





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM

REQUISIÇÃO DE EXAMES

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

NOME:	Márcia Andrade de Souza											
IDADE:												
SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> B		<input type="checkbox"/> P		<input type="checkbox"/> A		<input type="checkbox"/>	
COR:												
PESO:												
ALTURA:												
CLÍNICA:												
ENF.:												
LEITO:												
PRONTUÁRIO:												

DADOS CLÍNICOS:

ULTRASSONOGRAFIA
Realizzata em:04/09/14

John

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

A circular postmark from Brazil. The outer ring contains the text "CORREIO FEDERAL DO BRASIL" at the top and "CORREIO DO BRASIL" at the bottom. The inner circle contains the date "24 JUL. 2015".

URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
DATA:	04/09/17		
HORA DA SOLICITAÇÃO:			
 Carimbo e Assinatura do Médico			



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

Nome do Paciente	Nº Prontuário
<i>Marco C. da Silva</i>	
Data da Operação	Leito
27 set 17	Enf.
Operador <i>Dr. Wilson</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Jefferson R3</i>
2º Auxiliar <i>Dr. Júlio M</i>	3º Auxiliar Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>Fratura colo fixa</i>
<i>Coxa D</i>	
Tipo de Operação	
Diagnóstico Pós-Operatório	
<i>Osteosíntese</i>	
Relatório Imediato da Patologia	
Exame Radiológico no Ato	
<i>N</i>	
Acidente Durante a Operação	
<i>N</i>	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<i>1 - Paciente em DAF, sem anestesia</i>
<i>2 - Adequado e Antisseptico</i>
<i>3 - Alinhamento e par estenose</i>
<i>4 - Incisão faci, lateral Coxal D +</i>
<i>5 - Redutor curva de rotina +</i>
<i>6 - Fixação com placa D</i>
<i>7 - Sutura</i>
<i>8 - Cravado</i>
<i>9 - Cravado</i>
<i>10 - Cravado</i>
<i>11 - Cravado</i>
<i>12 - Cravado</i>
<i>13 - Cravado</i>
<i>14 - Cravado</i>
<i>15 - Cravado</i>
<i>16 - Cravado</i>
<i>17 - Cravado</i>
<i>18 - Cravado</i>
<i>19 - Cravado</i>
<i>20 - Cravado</i>
<i>21 - Cravado</i>
<i>22 - Cravado</i>
<i>23 - Cravado</i>
<i>24 - Cravado</i>
<i>25 - Cravado</i>
<i>26 - Cravado</i>
<i>27 - Cravado</i>
<i>28 - Cravado</i>
<i>29 - Cravado</i>
<i>30 - Cravado</i>
<i>31 - Cravado</i>
<i>32 - Cravado</i>
<i>33 - Cravado</i>
<i>34 - Cravado</i>
<i>35 - Cravado</i>
<i>36 - Cravado</i>
<i>37 - Cravado</i>
<i>38 - Cravado</i>
<i>39 - Cravado</i>
<i>40 - Cravado</i>
<i>41 - Cravado</i>
<i>42 - Cravado</i>
<i>43 - Cravado</i>
<i>44 - Cravado</i>
<i>45 - Cravado</i>
<i>46 - Cravado</i>
<i>47 - Cravado</i>
<i>48 - Cravado</i>
<i>49 - Cravado</i>
<i>50 - Cravado</i>
<i>51 - Cravado</i>
<i>52 - Cravado</i>
<i>53 - Cravado</i>
<i>54 - Cravado</i>
<i>55 - Cravado</i>
<i>56 - Cravado</i>
<i>57 - Cravado</i>
<i>58 - Cravado</i>
<i>59 - Cravado</i>
<i>60 - Cravado</i>
<i>61 - Cravado</i>
<i>62 - Cravado</i>
<i>63 - Cravado</i>
<i>64 - Cravado</i>
<i>65 - Cravado</i>
<i>66 - Cravado</i>
<i>67 - Cravado</i>
<i>68 - Cravado</i>
<i>69 - Cravado</i>
<i>70 - Cravado</i>
<i>71 - Cravado</i>
<i>72 - Cravado</i>
<i>73 - Cravado</i>
<i>74 - Cravado</i>
<i>75 - Cravado</i>
<i>76 - Cravado</i>
<i>77 - Cravado</i>
<i>78 - Cravado</i>
<i>79 - Cravado</i>
<i>80 - Cravado</i>
<i>81 - Cravado</i>
<i>82 - Cravado</i>
<i>83 - Cravado</i>
<i>84 - Cravado</i>
<i>85 - Cravado</i>
<i>86 - Cravado</i>
<i>87 - Cravado</i>
<i>88 - Cravado</i>
<i>89 - Cravado</i>
<i>90 - Cravado</i>
<i>91 - Cravado</i>
<i>92 - Cravado</i>
<i>93 - Cravado</i>
<i>94 - Cravado</i>
<i>95 - Cravado</i>
<i>96 - Cravado</i>
<i>97 - Cravado</i>
<i>98 - Cravado</i>
<i>99 - Cravado</i>
<i>100 - Cravado</i>
<i>101 - Cravado</i>
<i>102 - Cravado</i>
<i>103 - Cravado</i>
<i>104 - Cravado</i>
<i>105 - Cravado</i>
<i>106 - Cravado</i>
<i>107 - Cravado</i>
<i>108 - Cravado</i>
<i>109 - Cravado</i>
<i>110 - Cravado</i>
<i>111 - Cravado</i>
<i>112 - Cravado</i>
<i>113 - Cravado</i>
<i>114 - Cravado</i>
<i>115 - Cravado</i>
<i>116 - Cravado</i>
<i>117 - Cravado</i>
<i>118 - Cravado</i>
<i>119 - Cravado</i>
<i>120 - Cravado</i>
<i>121 - Cravado</i>
<i>122 - Cravado</i>
<i>123 - Cravado</i>
<i>124 - Cravado</i>
<i>125 - Cravado</i>
<i>126 - Cravado</i>
<i>127 - Cravado</i>
<i>128 - Cravado</i>
<i>129 - Cravado</i>
<i>130 - Cravado</i>
<i>131 - Cravado</i>
<i>132 - Cravado</i>
<i>133 - Cravado</i>
<i>134 - Cravado</i>
<i>135 - Cravado</i>
<i>136 - Cravado</i>
<i>137 - Cravado</i>
<i>138 - Cravado</i>
<i>139 - Cravado</i>
<i>140 - Cravado</i>
<i>141 - Cravado</i>
<i>142 - Cravado</i>
<i>143 - Cravado</i>
<i>144 - Cravado</i>
<i>145 - Cravado</i>
<i>146 - Cravado</i>
<i>147 - Cravado</i>
<i>148 - Cravado</i>
<i>149 - Cravado</i>
<i>150 - Cravado</i>
<i>151 - Cravado</i>
<i>152 - Cravado</i>
<i>153 - Cravado</i>
<i>154 - Cravado</i>
<i>155 - Cravado</i>
<i>156 - Cravado</i>
<i>157 - Cravado</i>
<i>158 - Cravado</i>
<i>159 - Cravado</i>
<i>160 - Cravado</i>
<i>161 - Cravado</i>
<i>162 - Cravado</i>
<i>163 - Cravado</i>
<i>164 - Cravado</i>
<i>165 - Cravado</i>
<i>166 - Cravado</i>
<i>167 - Cravado</i>
<i>168 - Cravado</i>
<i>169 - Cravado</i>
<i>170 - Cravado</i>
<i>171 - Cravado</i>
<i>172 - Cravado</i>
<i>173 - Cravado</i>
<i>174 - Cravado</i>
<i>175 - Cravado</i>
<i>176 - Cravado</i>
<i>177 - Cravado</i>
<i>178 - Cravado</i>
<i>179 - Cravado</i>
<i>180 - Cravado</i>
<i>181 - Cravado</i>
<i>182 - Cravado</i>
<i>183 - Cravado</i>
<i>184 - Cravado</i>
<i>185 - Cravado</i>
<i>186 - Cravado</i>
<i>187 - Cravado</i>
<i>188 - Cravado</i>
<i>189 - Cravado</i>
<i>190 - Cravado</i>
<i>191 - Cravado</i>
<i>192 - Cravado</i>
<i>193 - Cravado</i>
<i>194 - Cravado</i>
<i>195 - Cravado</i>
<i>196 - Cravado</i>
<i>197 - Cravado</i>
<i>198 - Cravado</i>
<i>199 - Cravado</i>
<i>200 - Cravado</i>
<i>201 - Cravado</i>
<i>202 - Cravado</i>
<i>203 - Cravado</i>
<i>204 - Cravado</i>
<i>205 - Cravado</i>
<i>206 - Cravado</i>
<i>207 - Cravado</i>
<i>208 - Cravado</i>
<i>209 - Cravado</i>
<i>210 - Cravado</i>
<i>211 - Cravado</i>
<i>212 - Cravado</i>
<i>213 - Cravado</i>
<i>214 - Cravado</i>
<i>215 - Cravado</i>
<i>216 - Cravado</i>
<i>217 - Cravado</i>
<i>218 - Cravado</i>
<i>219 - Cravado</i>
<i>220 - Cravado</i>
<i>221 - Cravado</i>
<i>222 - Cravado</i>
<i>223 - Cravado</i>
<i>224 - Cravado</i>
<i>225 - Cravado</i>
<i>226 - Cravado</i>
<i>227 - Cravado</i>
<i>228 - Cravado</i>
<i>229 - Cravado</i>
<i>230 - Cravado</i>
<i>231 - Cravado</i>
<i>232 - Cravado</i>
<i>233 - Cravado</i>
<i>234 - Cravado</i>
<i>235 - Cravado</i>
<i>236 - Cravado</i>
<i>237 - Cravado</i>
<i>238 - Cravado</i>
<i>239 - Cravado</i>
<i>240 - Cravado</i>
<i>241 - Cravado</i>
<i>242 - Cravado</i>
<i>243 - Cravado</i>
<i>244 - Cravado</i>
<i>245 - Cravado</i>
<i>246 - Cravado</i>
<i>247 - Cravado</i>
<i>248 - Cravado</i>
<i>249 - Cravado</i>
<i>250 - Cravado</i>
<i>251 - Cravado</i>
<i>252 - Cravado</i>
<i>253 - Cravado</i>
<i>254 - Cravado</i>
<i>255 - Cravado</i>
<i>256 - Cravado</i>
<i>257 - Cravado</i>
<i>258 - Cravado</i>
<i>259 - Cravado</i>
<i>260 - Cravado</i>
<i>261 - Cravado</i>
<i>262 - Cravado</i>
<i>263 - Cravado</i>
<i>264 - Cravado</i>
<i>265 - Cravado</i>
<i>266 - Cravado</i>
<i>267 - Cravado</i>
<i>268 - Cravado</i>
<i>269 - Cravado</i>
<i>270 - Cravado</i>
<i>271 - Cravado</i>
<i>272 - Cravado</i>
<i>273 - Cravado</i>
<i>274 - Cravado</i>
<i>275 - Cravado</i>
<i>276 - Cravado</i>
<i>277 - Cravado</i>
<i>278 - Cravado</i>
<i>279 - Cravado</i>
<i>280 - Cravado</i>
<i>281 - Cravado</i>
<i>282 - Cravado</i>
<i>283 - Cravado</i>
<i>284 - Cravado</i>
<i>285 - Cravado</i>
<i>286 - Cravado</i>
<i>287 - Cravado</i>
<i>288 - Cravado</i>
<i>289 - Cravado</i>
<i>290 - Cravado</i>
<i>291 - Cravado</i>
<i>292 - Cravado</i>
<i>293 - Cravado</i>
<i>294 - Cravado</i>
<i>295 - Cravado</i>
<i>296 - Cravado</i>
<i>297 - Cravado</i>
<i>298 - Cravado</i>
<i>299 - Cravado</i>
<i>300 - Cravado</i>
<i>301 - Cravado</i>
<i>302 - Cravado</i>
<i>303 - Cravado</i>
<i>304 - Cravado</i>
<i>305 - Cravado</i>
<i>306 - Cravado</i>
<i>307 - Cravado</i>
<i>308 - Cravado</i>
<i>309 - Cravado</i>
<i>310 - Cravado</i>
<i>311 - Cravado</i>
<i>312 - Cravado</i>
<i>313 - Cravado</i>
<i>314 - Cravado</i>
<i>315 - Cravado</i>
<i>316 - Cravado</i>
<i>317 - Cravado</i>
<i>318 - Cravado</i>
<i>319 - Cravado</i>
<i>320 - Cravado</i>
<i>321 - Cravado</i>
<i>322 - Cravado</i>
<i>323 - Cravado</i>
<i>324 - Cravado</i>
<i>325 - Cravado</i>
<i>326 - Cravado</i>
<i>327 - Cravado</i>
<i>328 - Cravado</i>
<i>329 - Cravado</i>
<i>330 - Cravado</i>
<i>331 - Cravado</i>
<i>332 - Cravado</i>
<i>333 - Cravado</i>
<i>334 - Cravado</i>
<i>335 - Cravado</i>
<i>336 - Cravado</i>
<i>337 - Cravado</i>
<i>338 - Cravado</i>
<i>339 - Cravado</i>
<i>340 - Cravado</i>
<i>341 - Cravado</i>
<i>342 - Cravado</i>
<i>343 - Cravado</i>
<i>344 - Cravado</i>
<i>345 - Cravado</i>
<i>346 - Cravado</i>
<i>347 - Cravado</i>
<i>348 - Cravado</i>
<i>349 - Cravado</i>
<i>350 - Cravado</i>
<i>351 - Cravado</i>
<i>352 - Cravado</i>
<i>353 - Cravado</i>
<i>354 - Cravado</i>
<i>355 - Cravado</i>
<i>356 - Cravado</i>
<i>357 - Cravado</i>
<i>358 - Cravado</i>
<i>359 - Cravado</i>
<i>360 - Cravado</i>
<i>361 - Cravado</i>
<i>362 - Cravado</i>
<i>363 - Cravado</i>
<i>364 - Cravado</i>
<i>365 - Cravado</i>
<i>366 - Cravado</i>
<i>367 - Cravado</i>
<i>368 - Cravado</i>
<i>369 - Cravado</i>
<i>370 - Cravado</i>
<i>371 - Cravado</i>
<i>372 - Cravado</i>
<i>373 - Cravado</i>
<i>374 - Cravado</i>
<i>375 - Cravado</i>
<i>376 - Cravado</i>
<i>377 - Cravado</i>
<i>378 - Cravado</i>
<i>379 - Cravado</i>
<i>380 - Cravado</i>
<i>381 - Cravado</i>
<i>382 - Cravado</i>
<i>383 - Cravado</i>
<i>384 - Cravado</i>
<i>385 - Cravado</i>
<i>386 - Cravado</i>
<i>387 - Cravado</i>
<i>388 - Cravado</i>
<i>389 - Cravado</i>
<i>390 - Cravado</i>
<i>391 - Cravado</i>
<i>392 - Cravado</i>
<i>393 - Cravado</i>
<i>394 - Cravado</i>
<i>395 - Cravado</i>
<i>396 - Cravado</i>
<i>397 - Cravado</i>
<i>398 - Cravado</i>
<i>399 - Cravado</i>
<i>400 - Cravado</i>
<i>401 - Cravado</i>
<i>402 - Cravado</i>
<i>403 - Cravado</i>
<i>404 - Cravado</i>
<i>405 - Cravado</i>
<i>406 - Cravado</i>
<i>407 - Cravado</i>
<i>408 - Cravado</i>
<i>409 - Cravado</i>
<i>410 - Cravado</i>
<i>411 - Cravado</i>
<i>412 - Cravado</i>
<i>413 - Cravado</i>
<i>414 - Cravado</i>
<i>415 - Cravado</i>
<i>416 - Cravado</i>
<i>417 - Cravado</i>
<i>418 - Cravado</i>
<i>419 - Cravado</i>
<i>420 - Cravado</i>
<i>421 - Cravado</i>
<i>422 - Cravado</i>
<i>423 - Cravado</i>
<i>424 - Cravado</i>
<i>425 - Cravado</i>
<i>426 - Cravado</i>
<i>427 - Cravado</i>
<i>428 - Cravado</i>
<i>429 - Cravado</i>
<i>430 - Cravado</i>
<i>431 - Cravado</i>
<i>432 - Cravado</i>
<i>433 - Cravado</i>
<i>434 - Cravado</i>
<i>435 - Cravado</i>
<i>436 - Cravado</i>
<i>437 - Cravado</i>
<i>438 - Cravado</i>
<i>439 - Cravado</i>
<i>440 - Cravado</i>
<i>441 - Cravado</i>
<i>442 - Cravado</i>
<i>443 - Cravado</i>
<i>444 - Cravado</i>
<i>445 - Cravado</i>
<i>446 - Cravado</i>
<i>447 - Cravado</i>
<i>448 - Cravado</i>
<i>449 - Cravado</i>
<i>450 - Cravado</i>
<i>451 - Cravado</i>
<i>452 - Cravado</i>
<i>453 - Cravado</i>
<i>454 - Cravado</i>
<i>455 - Cravado</i>
<i>456 - Cravado</i>
<i>457 - Cravado</i>
<i>458 - Cravado</i>
<i>459 - Cravado</i>
<i>460 - Cravado</i>
<i>461 - Cravado</i>
<i>462 - Cravado</i>
<i>463 - Cravado</i>
<i>464 - Cravado</i>
<i>465 - Cravado</i>
<i>466 - Cravado</i>
<i>467 - Cravado</i>
<i>468 - Cravado</i>
<i>469 - Cravado</i>
<i>470 - Cravado</i>
<i>471 - Cravado</i>
<i>472 - Cravado</i>
<i>473 - Cravado</i>
<i>474 - Cravado</i>
<i>475 - Cravado</i>
<i>476 - Cravado</i>
<i>477 - Cravado</i>
<i>478 - Cravado</i>
<i>479 - Cravado</i>
<i>480 - Cravado</i>
<i>481 - Cravado</i>
<i>482 - Cravado</i>
<i>483 - Cravado</i>
<i>484 - Cravado</i>
<i>485 - Cravado</i>
<i>486 - Cravado</i>
<i>487 - Cravado</i>
<i>488 - Cravado</i>
<i>489 - Cravado</i>
<i>490 - Cravado</i>
<i>491 - Cravado</i>
<i>492 - Cravado</i>
<i>493 - Cravado</i>
<i>494 - Cravado</i>
<i>495 - Cravado</i>
<i>496 - Cravado</i>
<i>497 - Cravado</i>
<i>498 - Cravado</i>
<i>499 - Cravado</i>
<i>500 - Cravado</i>
<i>501 - Cravado</i>
<i>502 -</i>

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 23/08/2019 19:50:14
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082319500955700000023059696>
Número do documento: 19082319500955700000023059696

Num. 23799981 - Pág. 1



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 23/08/2019 19:50:14
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082319500955700000023059696>
Número do documento: 19082319500955700000023059696

Num. 23799981 - Pág. 2



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		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 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 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

Assinatura do anestesista





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISITÓRIO DE EXAMES

NOME:	<u>Maycon Cardoso de Lima</u>	PRONTUÁRIO:	
IDADE:		SEXO:	
		COR:	
		PESO:	
		ALTURA:	
		CLÍNICA:	
		ENF.:	
		LEITO:	

DADOS CLÍNICOS:

freio

RX do abdômen

MATERIAL A EXAMINAR:
URGÊNCIA

EXAMES SOLICITADOS:

RX do abdômen

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTEIRO: <input type="checkbox"/>
DATA: <u>07/08/19</u>	HORA DA SOLICITAÇÃO: _____

Carimbo e Assinatura do Médico





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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Márcio Sandes da Silva	
End:	Av. 20 de Outubro, Bairro: Jardim das Rosas	
Data de Nascimento:	17-10-93	Documento de Identificação:
Queixa:	Dores no abdômen	
Acidente de trabalho?	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não

Classificação de Risco

LIFE ASSESSMENT
24 JUL. 2019

Nível de consciência:	(<input type="checkbox"/>) Bom	(<input type="checkbox"/>) Regular	(<input type="checkbox"/>) Baixo
Fréquencia respiratória:	Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Calmo (<input type="checkbox"/>) Fáceis de despertar		
Pressão arterial:	Geralmente		
Dosagem de HGT:	Frequência cardíaca:		
Desambulação:	(<input type="checkbox"/>) Livre	(<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas	(<input type="checkbox"/>) Maca

Estratificação

MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

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

ENTRADA PRIMEIRA
COREN-PB 223.352

Assinatura e carimbo do profissional





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Evolução Psicológica

Nome: Maycon Cardoso da Silveira
Setor: Ula Ortopédica Leito: 1-3



07/09/2017

HTCG-Panell Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

07094 : Conf de todo
alma sua - alta indicativa
para exame
permanente
medico



DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ às _____ hs.

() Centro cirúrgico _____
() Internação (setor) _____
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

SÉRVICOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
() Alta hospitalar / () revelia		
() Declaração Médica		
() Óbito		
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)		





GOVERNO
DA PARAÍBA

**SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESS**

Diagnóstico

ORTOP
L1101.3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

Paciente MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24
Alojamento Leito Convênio LEITO 1-3







GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

ORTOPEDI
LEITO 13

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP:

FX DIAFISE FÉMUR D

Paciente	MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24	Alojamento	Leito	Convênio	LEITO 1-3
----------	-----------------------------	------------	-------	----------	-----------

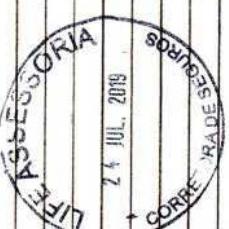
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/09	1 DIETA LIVRE	20-21	
	2 SF 0,9% 1500ML EV/P/ 24H	20-21	21 DIH
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV/5/6H	20-21	12 00-2
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV/1XDIALLENTO	20-21	#ORTOPEDIA
	5 DIPRIVONA 12:ABD EV/5/6H	20-21	BEGA ESTÁVEL
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SE EV 8/BHSN	20-21	SOM INTENSO CRONICO
	7 NALESDRON 8mg/ml IFA + ABD EV/8/8H SN	20-21	DUREZA & EVOLUÇÕES
	8 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV/FM/IEUM	20-21	
	9 XAREFTO 45MG 1 GR VO DIA	20-21	
	10 CURATIVO 1X DIA	20-21	
	11 SSUV + CCGG	20-21	
	Qdtxx2r Axem Sucy	20-21	
	Dr. Juliano G. G. G.	20-21	
	Ortopedista e Traumatólogo	20-21	
	CRM/PE 10965	20-21	

HCD: VPM
21/09/2019

Dr. Juliano G. G.

Ortopedista e Traumatólogo

CRM/PE 10965



MOD. 035





GOVERNO
DA PARAÍBA

**SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESS**

Diagnóstico

ORTOP
L1101.3

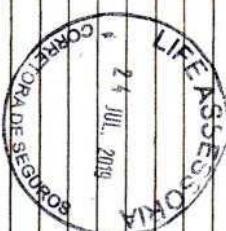
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

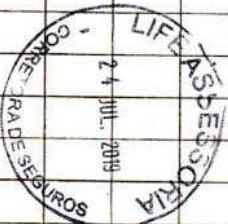
PREOP:

FX DIAFISE FÉMUR D

Paciente MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24 Abgamento Leito Convênio LEITO 1-3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/07	1 DIETA LIVRE		
	2 SE 0,9% 1500ML EV PI/24H		
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H		
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1xDIA LENTO		
	5 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H		
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SE EV 8/8H SN		
	7 NAUSEBON 8mg/ml 1EA + ABD EV 8/8h SN		
	8 OMERBAZOL 40MG + DILUENTE EV EMIEUM		
	9 XARELTO 15MG 1 CP/AD/DIA		
	10 CIBATILO 0,1 X DIA		
	11 SSNL + CGG		
			29º DIH
			#ORTOPEDIA
			<i>Beta estável Sem intercorrências Durese + Encardos +</i>
			<i>19</i>
			<i>4to</i>
			<i>5to</i>
			<i>6to</i>
			<i>7to</i>
			<i>8to</i>
			<i>9to</i>
			<i>10to</i>
			<i>11to</i>
			<i>12to</i>
			<i>13to</i>
			<i>14to</i>
			<i>15to</i>
			<i>16to</i>
			<i>17to</i>
			<i>18to</i>
			<i>19to</i>
			<i>20to</i>
			<i>21to</i>
			<i>22to</i>
			<i>23to</i>
			<i>24to</i>
			<i>25to</i>
			<i>26to</i>
			<i>27to</i>
			<i>28to</i>
			<i>29to</i>
			<i>30to</i>
			<i>31to</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>





• pH	7,316		[7,300 - 7,400]
pCO ₂	47,9	mmHg	[32.0 - 48.0]
↓ pO ₂	25,3	mmHg	[83.0 - 108]

Valores de Oximetria

ctHb	13,0	g/dL	[12.0 - 16.0]
↓ sO ₂	43,6	%	[95.0 - 99.0]
↓ FO ₂ Hb	42,3	%	[94.0 - 98.0]
FCOHb	1,2	%	[0.5 - 1.5]
FHHb	54,8	%	
↑ FMetHb	1,7	%	[0.0 - 1.5]

Valores dos Electrólitos

cK ⁺	3,6	mmol/L	[3,4 - 4,5]
cNa ⁺	137	mmol/L	[136 - 146]
↓ cCa ²⁺	0,88	mmol/L	[1,15 - 1,29]
↑ cCl ⁻	113	mmol/L	[98 - 106]

Valores dos Metabolitos

↑ cGlu	118	mg/dL	[70 - 105]
cLac	1,6	mmol/L	[0.5 - 1.6]
cCrea	82	μmol/L	[53 - 106]
ctBil	23	μmol/L	

Valores Corrigidos pela Temperatura

pH(T)	7,316	
pCO ₂ (T)	47,9	mmHg
pO ₂ (T)	25,3	mmHg

Estado de Oxigenação

ctO ₂ C	7,7	Vol%
p50C	27,90	mmHg

Estado Ácido-Base

cBase(Ecf)C	-1,6	mmol/L
cHCO ₃ ⁻ (P.st)C	21,5	mmol/L

Valores Calculados

cBase(B)C	-2,2	mmol/L
cBase(Ecf)C	-1,6	mmol/L
cHCO ₃ ⁻ (P)C	23,7	mmol/L



• pH	7,310		[7,300 - 7,400]
↑ pCO ₂	48,4	mmHg	[32,0 - 48,0]
↓ pO ₂	27,8	mmHg	[83,0 - 108]

Valores de Oximetria

cHb	13,0	g/dL	[12,0 - 16,0]
↓ sO ₂	53,5	%	[95,0 - 99,0]
↓ FO ₂ Hb	51,9	%	[94,0 - 98,0]
FCOHb	1,3	%	[0,5 - 1,5]
FHHb	45,2	%	
↑ FMetHb	1,6	%	[0,0 - 1,5]

Valores dos Electrólitos

cK ⁺	3,6	mmol/L	[3,4 - 4,5]
cNa ⁺	138	mmol/L	[136 - 146]
↓ cCa ²⁺	0,88	mmol/L	[1,15 - 1,29]
↑ cCl ⁻	113	mmol/L	[98 - 106]

Valores dos Metabolitos

↑ cGlu	121	mg/dL	[70 - 105]
↑ cLac	1,7	mmol/L	[0,5 - 1,6]
cCrea	81	μmol/L	[53 - 106]
ctBil	20	μmol/L	

Valores Corrigidos pela Temperatura

pH(T)	7,310	
pCO ₂ (T)	48,4	mmHg
pO ₂ (T)	27,8	mmHg

Estado de Oxigenação

ctO ₂ C	9,5	Vol%
p50C	26,35	mmHg



Estado Ácido-Base

cBase(Ecf)C	-1,8	mmol/L
cHCO ₃ ⁻ (P.st)C	21,5	mmol/L

Valores Calculados

cBase(B)C	-2,5	mmol/L
cBase(Ecf)C	-1,8	mmol/L
cHCO ₃ ⁻ (P)C	23,6	mmol/L



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

RAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distenção abdominal.	(✓) Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
(✓) Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.	
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência etc ou outros).	() Melhora a aceitação alimentar.
() Aferir glicemia capilar, anotar e mediar CPM.	
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, mediar CPM, reavaliar em 30 minutos).	() Manutenção da glicemia estável.
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (especie, frequência e quantidade).	() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.	
() Encaminhar ao banho de chuveiro.	
() Realizar banho no leito (SN) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.	
() Expor ao paciente as possíveis causas da dor.	
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.	
() Avaliar características, intensidade e local da dor.	
() Avaliar alterações de sinais vitais.	
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	
() Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.	
() Incentivar a ingestão de líquidos.	
() Observar reações de desorientação/confusão.	
() Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	
(✓) Analisar condições do curativo.	
(✓) Orientar e estimular a hidratação da pele.	(✓) Melhora da integridade da pele.
(✓) Orientar e estimular a movimentação no leito.	(✓) Diminuição do risco de lesão.
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.	
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.	(✓) Melhoria da perfusão tissular.
() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).	() Padrão respiratório eficaz.
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).	() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
() Realizar balanço hídrico.	
() Observar o local da ferida/quimiotadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	
(✓) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	
(✓) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	
() Utilizar técnica aseptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).	
(✓) Manter as grades do leito elevadas.	
() Conter o paciente quando necessário.	
() Manter ambiente calmo e tranquilo.	
() Orientar repouso no leito.	
() Administrar medicamento CPM.	
() Outros	
() Outros	

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Thelena Góes Lima Silva
ENFERMEIRA
CNPJ: 23.309828

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

RC

FONTE: NIC-2010 CHAVES, L.D., SOLAVO, A., SAE, 2 ed. 2013



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Maycon Lendoso da Silveira* | Registro: 1 | Leito: 3 | Setor Atual: Outeiro I

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:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () 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 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

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 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"/> Precordalgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input 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: MSD Data da punção 10/09/14	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
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"/> Gastrografia <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 type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input 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 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 ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Íntegra <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 checked="" 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: ___/___/___	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" 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:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
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"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>Continua aguardando cirurgia em M&D, fog uso de traçado no sepeido membro.</i></p> <p><i>Não refre gripe.</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Maria José (Natalia) DATA: 11/09/14 HORA: 14:00 h	
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: Maycon Cerdoso da Silva | Registro: | Leito: J-3 | Setor Atual: Interno

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 PSÍCOBIOLOGICAS

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 cmH₂O

Eupnéia; Taquipnéia Bradipnéia 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 torax: 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.



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 jugular: <input type="checkbox"/>					
Drogas vasoativas:	<input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia					
Ausculta cardíaca:	<input type="checkbox"/> Ritmica					
Cateter vascular:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico					
Edema:	<input type="checkbox"/> MMSS					
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)						
Tipo somático:	<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido					
Dentição:	<input type="checkbox"/> Completa					
Alimentação:	<input checked="" type="checkbox"/> VO					
Alterações:	<input type="checkbox"/> Inapetência					
Abdômen:	<input type="checkbox"/> Normotensão					
RHA:	<input type="checkbox"/> Normoativos					
Eliminação intestinal:	<input type="checkbox"/> Normal					
Eliminação urinária:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea					
Aspecto:	<input type="checkbox"/> Outros:					
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA						
Condição da pele:	<input type="checkbox"/> Integra					
Coloração da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada					
Condições das mucosas:	<input checked="" type="checkbox"/> Úmidas					
Incisão cirúrgica:	<input type="checkbox"/> Local/Aspecto: <u>Aguardada MID</u>					
Dreno:	<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: <input type="checkbox"/> Retirado em: <input type="checkbox"/>					
Úlcera de pressão:	<input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: <input type="checkbox"/>					
CUIDADO CORPORAL						
Cuidado corporal:	<input type="checkbox"/> Independente					
Higiene corporal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória					
Limitação física:	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado					
SONO E REPOUSO						
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado	<input type="checkbox"/> Insônia					
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS						
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL						
Comunicação:	<input checked="" type="checkbox"/> Preservada					
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS						
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE						
Tipo:	<input type="checkbox"/> Praticante					
INTERCORRÊNCIAS						
<u>Continua aguardando cirurgia em MID, faz uso de fraco no reprodutor membro. Relatório sangue para exames laboratoriais.</u>						

Transtorno () Agressivo	Transtorno () Afetivo				
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR					
P脉:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Impalpável	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input checked="" type="checkbox"/> Cheio.

Pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar:	() ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas:	() Quais? Precordialgia ()
Ausculta cardíaca:	() Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: NSG Data da punção 07/09/12
Edema:	() MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
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:	() Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA:	() Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal:	() Normal () Líquida (<input checked="" type="checkbox"/>) Constipado há 2 dias () Outros:
Eliminação urinária:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;
Aspecto:	() Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele:	() Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações (<input checked="" type="checkbox"/>) Outro:
Coloração da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas:	<input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().
Incisão cirúrgica:	() Local/Aspecto: Aguarda MID Curativo em: / /
Dreno:	() Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /
Úlcera de pressão:	() Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /
CUIDADO CORPORAL	
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:
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Ansiedade () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação:	<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/>) Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo:	() Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS	
Continua aguardando cirurgia em MID, faz uso de fraco no gabinete membro. Relatório pronto para exames laboratoriais.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 9/9/12 HORA: 18 h

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: *Maycon Carvalho da Silva* | Registro: | Leito: *1-3* | Setor Atual: *Ortop. I*

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/Analgesia):

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

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: *Fx Femur*

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: () Diminuidos () 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 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

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 checked="" type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) >3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____ Precordialgia (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arritmica (<input type="checkbox"/>) 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: _____ Data da punção: / /	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
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: _____ 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"/>) Diminuidos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input 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"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
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 checked="" 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: / /	
CUIDADO CORPORAL	
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:	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
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"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>Bonita, ótima, estável, sem queixas. Sobe aos cuidados da equipe de enfermagem.</i></p> <p><i>Raimunda Mariana O Aquino S Paiva ENFERMEIRA COREN-PB: 456559</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ Raimunda Mariana O Aquino S Paiva DATA: 08/09/17 HORA: _____ h	

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





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): MAYCON CARDOSO DA SILVA Protocolo: 0000360507 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO Data: 30-09-2017 05:29 Origem: CLINICA ORTOPEDICA I
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 23 anos Destino: ENF 01 - L 03

HEMOGLOBINA 9.4

[DATA DA COLETA: 30/09/2017 05:56]
Material: Sangue
Método: Sandmeyerhemoglobina

Valores de Referência:
VR: Feminino: 11,5 - 16,0 g/dl
Masculino: 13,5 - 18,0 g/dl

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE 27.5 %

[DATA DA COLETA: 30/09/2017 05:57]
Material: Sangue
Método: Cintube

Valores de Referência:
37 - 47 % (Wintrobe)

Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Emissão : 30/09/2017 07:52 - Página 1 de 1



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 23/08/2019 19:50:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082319501880100000023059701>
Número do documento: 19082319501880100000023059701

Num. 23799986 - Pág. 4



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): **MAYCON CARDOSO DA SILVA** Protocolo: **0000360263** RG: **NÃO INFORMADO**
Dr(a): **JULIO CESAR CASTRO** Data: **28-09-2017 14:49** Origem: **CLINICA ORTOPEDICA I**
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **23 anos** Destino: **ENF 01-L 03**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 28/09/2017 15:24]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	2.9 milhões/mm³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	8,0 g/dL	13,5 a 16,7 g/dL
Hematócrito.....	24 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	83 fL	82,0 a 92,7 fL
H.C.V.....	28 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	7.900 /mm³	(%)	(/mm³)	5.000 a 10.000 /mm³
Neutrófilos.....				
Promielócitos.....	0		0	
Mielócitos.....	0		0	
Metamielócitos.....	0		0	
Bastonetes.....	2,0		158	
Segmentados.....	74,0		5.846	40 a 70 % = 1.800 a 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0		0	0,5 a 6,0 % = até 500 / mm ³
Basófilos.....	0		0	0 a 2,0 % = até 100 / mm ³
Timóцитos.....				
Tipicos.....	21,0		1.659	20 a 45 % = 1.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0		0	
Monócitos.....	3,0		237	2,0 a 10 % = até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	210.000 mm³			140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010



 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 001.5.19.12434/01
	Campina Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7	Data de emissão: 23/08/2019
Número da guia: 001.2019.612434 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/08/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.009,60 Promovente: MAIKOM - Taxa Judiciária: R\$ 167,06 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,48
			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.190,01
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866800000113 900109283185 520190831005 151912434017</p>			Valor final: R\$ 1.190,01

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do processo)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 001.5.19.12434/01
	Campina Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7	Data de emissão: 23/08/2019
Número da guia: 001.2019.612434 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/08/2019
Promovente: MAIKOM Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT			UFR vigente: R\$ 50,48
Detalhamento: - Despesas processuais postais: - Cartas			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.190,01
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.190,01

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 001.5.19.12434/01
	Campina Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7	Data de emissão: 23/08/2019
Número da guia: 001.2019.612434 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/08/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.009,60 Promovente: MAIKOM - Taxa Judiciária: R\$ 167,06 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,48
			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.190,01
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866800000113 900109283185 520190831005 151912434017</p>			Valor final: R\$ 1.190,01





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 001.2019.612434

Data Vencimento: 31/08/2019

Data Emissão: 23/08/2019

Comarca: Campina Grande

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: MAIKOM

Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT

Valor da Causa: R\$ 11.137,50

Despesas Processuais: R\$ 12,00

Custas: R\$ 1.009,60

Taxa: R\$ 167,06

Total da Guia: R\$ 1.188,66

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 23/08/2019 19:50:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082319502194000000023059703>
Número do documento: 19082319502194000000023059703

Num. 23799988 - Pág. 2



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE CAMPINA GRANDE
2ª VARA CÍVEL

Vistos etc.

Demonstrada, em um juízo de cognição sumária, a hipossuficiência econômica da parte autora, **defiro o pedido de justiça gratuita**, nos termos dos artigos 98 e 99 do Código de Processo Civil.

1. A atual sistemática adotada pelo Código de Processo Civil estabelece, como regra, a designação de audiência de conciliação ou de mediação como ato subsequente ao recebimento da petição inicial das ações de procedimento comum, nos termos do art. 334, *caput*, do Código de Processo Civil;
2. Nada obstante, o § 4º do mesmo dispositivo legal traz duas hipóteses em que a sobredita audiência não será realizada, a saber:
a) se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual; b) quando não se admitir a autocomposição;
3. Assim sendo, **excepcionalmente, a sessão conciliatória poderá ser dispensada pelo juízo**, caso se enquadre em uma das duas hipóteses elencadas acima, ou, ainda, em casos de procedimentos especiais, regidos por legislações específicas e pelo próprio Código de Processo Civil;
4. A presente demanda se insere nos casos em que, de acordo com a nova orientação do NUPEMEC, deve-se procurar evitar remeter aos CEJUSC's "feitos que demandem ações repetitivas, conhecidamente sem chance de conciliação, tais como revisionais de contrato, DPVAT, em que se tem conhecimento que as empresas tradicionalmente não fazem acordos" (Des. Leandro dos Santos, Ofício Circular 003/2018).
5. Desse modo, ainda que se tratem de direitos disponíveis, observa-se de outros processos análogos em tramitação nas varas cíveis desta comarca que **a designação da audiência de conciliação em ações envolvendo a empresa promovida vem se revelando como ato processual inútil**;
6. Por tais fundamentos, e ainda tendo por base os princípios da celeridade e da efetividade processual, insculpidos nos arts. 4º e 6º do Código de Processo Civil, e, ainda, utilizando por analogia o art. 334, § 4º, do mesmo código, **deixo, por ora, de designar a audiência de conciliação no presente caso**;
7. Ressalte-se, por oportuno, que a não designação da audiência nesta fase processual não impede que uma sessão conciliatória seja marcada em momento posterior, a requerimento das partes ou até mesmo de ofício por este juízo, caso as circunstâncias do caso demonstrem haver utilidade na sua realização, nos termos do art. 139, V, do Código de Processo Civil;
8. Diante do exposto, **intime-se a parte autora do teor deste despacho** e, em seguida, **cite-se a parte demandada para oferecer contestação**, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data prevista no art. 231 do Código de Processo Civil, de acordo com o modo como for feita a citação, conforme determina o art. 335, *caput* e inciso III, do mesmo diploma;



9. Advirta-se que caso a parte ré não ofereça contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (art. 344 do CPC), salvo as exceções previstas no art. 345 do Código de Processo Civil;

10. Apresentada a contestação, e caso esta venha instruída com prova documental e/ou se alegue quaisquer das matérias constantes dos arts. 350 e 351 do Código de Processo Civil, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar impugnação.

11. Por fim, intime-se para especificação de provas que pretendam produzir, ou requerimento de julgamento antecipado, no prazo comum de 15 (quinze) dias.

Campina Grande, data e assinatura do Sistema.



Assinado eletronicamente por: ELY JORGE TRINDADE - 06/09/2019 12:05:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090611095879200000023433328>
Número do documento: 19090611095879200000023433328

Num. 24197515 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SANDRA MARIA BARBOSA - 06/02/2020 18:44:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020618443309800000027060747>
Número do documento: 20020618443309800000027060747

Num. 28054518 - Pág. 1



**PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
2ª VARA CÍVEL – COMARCA DE CAMPINA GRANDE**

MANDADO DE INTIMAÇÃO

Processo nº 0821223-18.2019.8.15.0001

AUTOR: MAIKOM

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Advogado: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO OAB: PB24614 Endereço:
desconhecido

Em cumprimento a determinação proferida no processo supra indicado, **INTIMO** o(a) parte **promovente** na pessoa de seu procurador(a) e advogado(a) acima nominado(a), do teor do despacho/decisão abaixo transrito:

Vistos etc.

Demonstrada, em um juízo de cognição sumária, a hipossuficiência econômica da parte autora, **defiro o pedido de justiça gratuita**, nos termos dos artigos 98 e 99 do Código de Processo Civil.

1. A atual sistemática adotada pelo Código de Processo Civil estabelece, como regra, a designação de audiência de conciliação ou de mediação como ato subsequente ao recebimento da petição inicial das ações de procedimento comum, nos termos do art. 334, *caput*, do Código de Processo Civil;

2. Nada obstante, o § 4º do mesmo dispositivo legal traz duas hipóteses em que a sobredita audiência não será realizada, a saber: a) se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual; b) quando não se admitir a autocomposição;

3. Assim sendo, **excepcionalmente, a sessão conciliatória poderá ser dispensada pelo juízo**, caso se enquadre em uma das duas hipóteses elencadas acima, ou, ainda, em casos de procedimentos especiais, regidos por legislações específicas e pelo próprio Código de Processo Civil;

4. A presente demanda se insere nos casos em que, de acordo com a nova orientação do NUPEMEC, deve-se procurar evitar remeter aos CEJUSC's "feitos que demandem ações repetitivas, conhecidamente sem chance de conciliação, tais como revisionais de contrato, DPVAT, em que se tem conhecimento que as empresas tradicionalmente não fazem acordos" (Des. Leandro dos Santos, Ofício Circular 003/2018).

5. Desse modo, ainda que se tratem de direitos disponíveis, observa-se de outros processos análogos em tramitação nas varas cíveis desta comarca que **a designação da audiência de conciliação em ações envolvendo a empresa promovida vem se revelando como ato processual inútil**;



Assinado eletronicamente por: SANDRA MARIA BARBOSA - 06/02/2020 18:44:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020618443309800000027060747>
Número do documento: 20020618443309800000027060747

Num. 28054518 - Pág. 2

6. Por tais fundamentos, e ainda tendo por base os princípios da celeridade e da efetividade processual, insculpidos nos arts. 4º e 6º do Código de Processo Civil, e, ainda, utilizando por analogia o art. 334, § 4º, do mesmo código, **deixo, por ora, de designar a audiência de conciliação no presente caso;**

7. Ressalte-se, por oportuno, que a não designação da audiência nesta fase processual não impede que uma sessão conciliatória seja marcada em momento posterior, a requerimento das partes ou até mesmo de ofício por este juízo, caso as circunstâncias do caso demonstrem haver utilidade na sua realização, nos termos do art. 139, V, do Código de Processo Civil;

8. Diante do exposto, **intime-se a parte autora do teor deste despacho** e, em seguida, **cite-se a parte demandada para oferecer contestação**, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data prevista no art. 231 do Código de Processo Civil, de acordo com o modo como for feita a citação, conforme determina o art. 335, *caput* e inciso III, do mesmo diploma;

9. Advirta-se que caso a parte ré não ofereça contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (art. 344 do CPC), salvo as exceções previstas no art. 345 do Código de Processo Civil;

10. Apresentada a contestação, e caso esta venha instruída com prova documental e/ou se alegue quaisquer das matérias constantes dos arts. 350 e 351 do Código de Processo Civil, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar impugnação.

11. Por fim, intime-se para especificação de provas que pretendam produzir, ou requerimento de julgamento antecipado, no prazo comum de 15 (quinze) dias.

Campina Grande, data e assinatura do Sistema.

Assinado eletronicamente por: **ELY JORGE TRINDADE**

06/09/2019 12:05:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: **24197515**



19090611095879200000023433328

Campina Grande-PB, 6 de fevereiro de 2020

De ordem, **SANDRA MARIA BARBOSA**

ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]



Assinado eletronicamente por: SANDRA MARIA BARBOSA - 06/02/2020 18:44:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020618443309800000027060747>
Número do documento: 20020618443309800000027060747

Num. 28054518 - Pág. 3