



07/08/2020

Número: **0809512-79.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **09/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARINALDO DOS SANTOS ALVES (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33011517	07/08/2020 10:50	2740129_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721555

Vítima: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Data do Acidente: 03/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15313932





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721555

Vítima: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Data do Acidente: 03/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000735

Conta: 0000021852-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

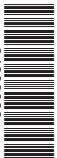
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00157/00158 - carta_15R - INVALIDEZ

00030079





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0470085139 CPF da vítima: 873.132.004-04 Nome completo da vítima: Higinardo dos Santos Alves

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

Nome completo: Higinardo dos Santos Alves CPF: 873.132.004-04
Profissão: Policial Endereço: Vila Barbara Número: 57w Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Juazeiro Taboara Estado: PB CEP: 58387-000
E-mail: Tel (DDD): (85) 98805-6654

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0735 CONTA: 21852 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: João Pessoa, 27/12/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Higinardo dos Santos Alves
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

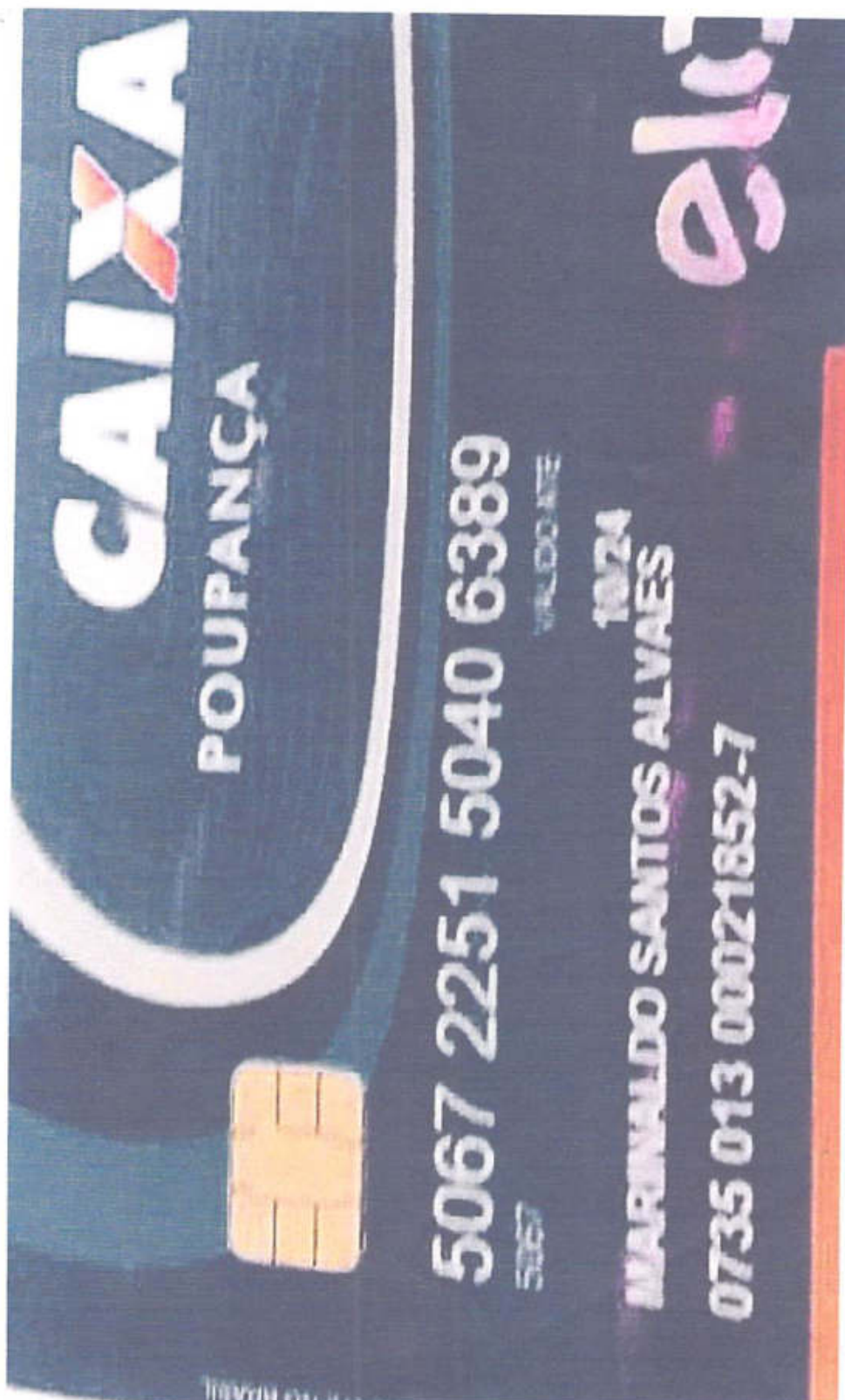
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.







CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência

Nº 00308.01.2019.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00308.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:31 horas do dia 20 de dezembro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Marinaldo dos Santos Alves**, conhecido(a) por Marinaldo, CPF nº 873.132.004-04, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Terezinha dos Santos Alves e Antonio Alves da Silva, natural de Juarez Távora/PB, nascido(a) em 03/04/1973 (46 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Independência, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Perto da Vila Barbosa, na cidade de Juarez Távora/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Estrada Vicinal, nº S/N, Estrada Vicinal, Um (01) Km Antes da Entrada da Cidade de Juarez Távora, Juarez Távora/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 03/09/19 16:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa)**, **Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias)**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 150 TITAN KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2006/2007, UF: MA, placa MOT-8898, características gerais: Categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Atual: Cabedelo/pb; restrição: Alienação Fiduciária; último Licenciamento: 2012; situação: Em Circulação.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO PILOTAVA O VEÍCULO NO LOCAL JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI ABALROADO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR COM GRAVIDADE POR UM OUTRO VEÍCULO EM ALTA VELOCIDADE E DE CARACTERÍSTICAS, PLACA E MOTORISTA NÃO IDENTIFICADOS QUE SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA A DECLARANTE, SENDO QUE A MESMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS HOSPITALARES DE EMERGÊNCIA E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PERTINENTES, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-4

Procedimento Policial: 00308.01.2019.1.05.101

1/2

AXM@xP{Z}AXM@xP{Z}



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 20 de dezembro de 2019.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-2

MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Noticiante



Procedimento Policial: 00308.01.2019.1.05.101

2/2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
0470085139	873.132.004-04	Marinaldo dos Santos Alves
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Marinaldo dos Santos Alves		873.132.004-04
Profissão:	Endereço:	Número:
Peixeiro	Via Barbosa	512
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Paraisópolis	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58387-000	(85) 98805-6654

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0735 CONTA: 24852 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário habilitado.

Local e Data: João Pessoa, 27/12/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RIGO, na presença de (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

É NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	10/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000021852-7

Nr. da Autenticação A8DB93861E8D55AF



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simplificar pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica Nº 034.375.382



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.019.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARINEZ ALVES DOS SANTOS
VILA BARBOSA S/N
JUAREZ TAVORA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/304822-0

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
NOV/2019	19/11/2019	122	26/11/2019	R\$ 70,77

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 08744.174171 1 80850000007077				
Pagador: MARINEZ ALVES DOS SANTOS CNPJ/CPF: 928.880.204-59				
VILA BARBOSA S/N - AREA RURAL - JUAREZ TAVORA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008744174	000304822201911	26/11/2019	R\$ 70,77	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/08/2020 10:50:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080710504764900000031603325>

Número do documento: 20080710504764900000031603325

Num. 33011517 - Pág. 9

03/09/2019



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°: 1983043 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/09/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: MARINALDO DOS

CEP: 58387000 Nascimento: 03/04/1973

SANTOS ALVES

Sexo: M

Telefone: 86684371

Endereço: SÍTIO INDEPENDÊNCIA

Cidade: Juarez Távora

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES

Nº: 0

Profissão:

Responsável:

CNPJ: 87313200404

CNS: 704306511472994

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atend: 03/09/2019

CONVÊNIO: SUS

Hora: 16:40:36

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

MECANISMOS DO TRAUMA

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



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau

1º Grau

2º Grau

3º Grau

FX colo femoral (E)

DIGNOSTICO / CID:

10.1.1.148/projetohtcg/impreclassi.php?contar=1983043&dataatend=2019-09-03&horaatend=16:45:02

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICO:

infepédia
DAL RUSSO, OSOR
NÃO COM A MUM

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PREScrições E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1 1º Linhas

2 1º Linhas

3 1º Linhas

4 1º Linhas

5 1º Linhas

6 1º Linhas

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 8321-TEOT: 12455
CRM-PB 8321-TEOT: 12455
DR. DA COLUNA VERDEIRA - SBC
DR. DA COLUNA VERDEIRA - SBC
DR. DA COLUNA VERDEIRA - SBC

Data da Internação: 03/09/2019 Hora: 17:35:24

Sistema Ministério Único da Saúde 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 5 - NOME DO PACIENTE MARINALDO DOS SANTOS ALVES		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1983097	
7 - CARTÃO DO SUS 704306511472994		8 - DATA DE NASCIMENTO 03/04/1973	
9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL TEREZINHA DOS SANTOS ALVES		11 - TELEFONE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE 86684371	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SÍTIO INDEPENDÊNCIA, 0, ZONA RURAL			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Juarez Távora		14 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO 250760	15 - UF PB
		16 - CEP 58387000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Acidente de moto + fratura em geral.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO fr. e fraturas.			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL fr. de moto e fratura			
21 - CID 10 PRIMÁRIO 			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO fr. e fraturas		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 	
26 - CLÍNICA Ortop.	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO ☒ X CNES ☐ CP	29 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 980016278156267
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 03/09/2019	
		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Rodrigo Amorim Guedes	
33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - [] ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - [] ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO UTILITE
38 - [] ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CUBR
42 - VÍCULO COM A PREVIDÊNCIA ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO ☐ CNES ☐ CP		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1 / 1		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



03/09/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 03/09/2019

Horas: 17:43:13

Médico (a) Diarista : Rodrigo Porto Amorim Guedes

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046

8.

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: I Leito: 7 Diagnóstico:

DIA 03/09/2019

MÉDICO(A): Rodrigo Porto Amorim Guedes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	<i>7:45</i>
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	<i>SUSP</i>
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 3AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h) Diluir em 50 ML SF	<i>SUSP</i>
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>24</i> <i>06</i>
6	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>20</i>
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	<i>06</i>
8	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	<i>20</i>
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	<i>SUSP</i>
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	VIGILÂNCIA	CT

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TEOT: 12455
CIR. DA COLUMNA VERTEBRAL - SRC
AV. DOM PEDRO II Nº 429
CAMPINA GRANDE - PB

03/09/19
17:45

*fx colo femoral E
(GARDEN IV)*

*Solicito pré-op.
programar cirurgia.
CS: UPEI*

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TEOT: 12455
CIR. DA COLUMNA VERTEBRAL - SRC
AV. DOM PEDRO II Nº 429
CAMPINA GRANDE - PB





04/09/2015
10.1.1.148/projetohtc/imp/pevo.php?data=2019-09-04&conta=1983097&IDC=42989
CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 04/09/2019
Horas: 08:15:34
Médico (a) Diarista: Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M
Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 1
Clínica: AMARELA Enfermaria: 7 Leito: 47 Diagnóstico:

DIA 04/09/2019

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	
3	DIFERONA SODICA 500 MG/ML, 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCO, 12h/12h	
5	OMEPRAZOL 40MG IFRASCO, 24h/24h (ADM AS 6h)	
6	Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISEIRINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	
9	NECESSÁRIO	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	VIGILANCIA	

EVOLUÇÃO

DATA: 04/09/2019 HORA: 08:15:00

REG. ESTÁVEL

Nº: OK

PRÉ-OP: AGUARDA EXAMES

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcão
CRM: 5.944.000-03
ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão
08.43

05/09/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-09-05&contar=1983097&IDC=43300

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 05/09/2019

Horas: 07:57:41

Médico (a) Diarista : Eduardo Otavio Braga Moraes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 2

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico:

DIA 05/09/2019

MÉDICO(A): Eduardo Otavio Braga Moraes /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	1/2 1/2 2/2 0/6
3	CURATIVO	
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	1/2 1/2 2/2 0/6
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	1/2 0/6
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	0/6
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	2/2 2/2 0/6
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 05/09/2019 HORA: 07:57:14

BEG, ESTÁVEL

NV: OK

PRÉ-OP: AGUARDA EXAMES

CD: AGUARDA CIRURGIA
VPMASSINATURA + CARIMBO
Eduardo Otavio Braga Moraes

Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6588





10.1.1.148/projetohtc/imp/pevo.php?datasai=2019-09-06&contar=1983097&IDC=43545

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/09/2019

Horas: 07:18:21

Médico (a): Wagner de Melo Falcão

GOVERNO
DA PARÁLIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 3

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico:

DIA 06/09/2019

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	C
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	C
3	CURATIVO	
4	DIFERONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	21/18/24/186
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	21/18/24/186
6	Reconstituir 2ML ABD.	
7	OMEPRAZOL 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)	21/18/24/186
8	Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	22
10	TRAMADOL CIORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	SIN
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	C

EVOLUÇÃO

DATA: 06/09/2019 HORA: 07:18:08

REG. ESTÁVEL

Nº: OK

PRE-OP: AGUARDAR EXAMES

CD: AGUARDA CIRURGIA

VPM

Dr. Wagner Falcão
CRM 508.8643
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ASSISTENTE + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão

10.1.1.148/projetohtc/imp/pevo.php?datasai=2019-09-06&contar=1983097&IDC=43545

GOVERNO
DE PERNAMBUCO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 4

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FX COLO FEMUR E

DIA 07/09/2019

MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE, laxativa.	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	12 18 24 26
3	CURATIVO	ce
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 26
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 26
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	26
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	ce
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ce

EVOLUÇÃO

DATA: 07/09/2019 HORA: 07:52:04

4º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM EVACUAR HA 4 DIAS.

NV: OK

DIURESE OK

CB: AGUARDA CIRURGIA

VPM

ASSINATURA + CARIMBO

Ywry de Paiva Camara

Dr. Ywry de Paiva
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 10.937

CNPJ: 10.848.190/0001-55
 Data: 08/09/2019
 Horas: 07:34:00
 Médico (a) Diarista: Wery de Paiva Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº de prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M
 Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 5
 Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FX COLO FEMUR E

DIA 08/09/2019

MÉDICO(A): Wery de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE (até 300 a partir de 00:00 h)	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	
3	CURATIVO	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEMI DILUENTE E.V. IFRASCO, 12h/12h	
6	Reconstituir 2ML ABD.	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0.4 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) 22h	
8	NECESSARIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

DATA: 08/09/2019 HORA: 07:33:37

5º DIH

BEG. ESTÁVEL, SEM EVACUAR HAS DIAS, dip, curativo ok.

Nº: OK

DIURESE OK

CD: AGUARDA CIRURGIA
 VPM

ASSINATURA + CARIMBO
 Wery de Paiva Camara
 ORTOPEDA TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 10.907

Dr. Ana Maria S. Anselmo
 MR. Ortopedia - Traumatologia
 CRM-PB 7825

Clínica de Sengue



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 09/09/2019

Horas: 13:07:43

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 6

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FX COLO FEMUR E

DIA 09/09/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	CS
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	CS
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h OD/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	CS
4	CURATIVO	CS
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	CS
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	CS
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	CS
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	CS
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CS

EVOLUÇÃO

DATA: 09/09/2019 HORA: 13:06:55

PACIENTE EM POI SEM INTERCORRÊNCIAS.
SEGUE EM BEG.

CONDUTA:

- SOLICITO EAIO X DE CONTROLE.
- VPM.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825





Número do Prontuário: 157777

DATA DA CIRURGIA: 09/09/2019

Número do Atendimento: 1983097 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 7 / Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Data da Internação: 03/09/2019

Atendimento: 1983097

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE COLO DE FÊMUR ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA COLO DE FEMUR ESQUERD

Data da Cirurgia: 09/09/2019

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Instrumentador: NORMA

Anestesista: MARCILIO VIEIRA COSTA SANTOS

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM MESA ORTOPÉDICA SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3 - INCISÃO EM FACE LATERAL DO QUADRIL ESQUERDO + DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4 - REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM 03 PARAFUSOS CANULADOS 6,5 MM, SOB ESCOPIA

5 - LAVADO DE FO COM SF

6 - SUTURA POR PLANOS

7 - CURATIVOS

8 - À URPA.

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 00000000000000000000000000000000

Data 09/09/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo



NOME		Nominado dos Santos Alves		GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
IDADE	46 a	ENFERMARIA	7	LEITO:	44	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonz	
H. D.	FLORES E	ADMISSÃO	05/07/19	HORA	11	FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - A	

PROCEDÊNCIA:		DRENO: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Dê	
MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRpA ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM		Perfusão: ☒ Normal ☐ Deficiente	
☐ Hemorragia ☐ Outros:		☐ Edema. Regiões:	
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia		CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE	
HDA: Paciente quadriplegia por A. Apresenta corte no pé e joelho e fratura no fêmur E.		CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2	
		☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☒ Cinesioterapia	
		☐ Treino de Marcha ☒ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências	
		☐ Ortostatismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial	
		☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré	
		Outros:	
		Observações:	

SV:	FC	bpm	FR	irpm	PA:	SpO2	%	T	°C
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo									
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow 15									
Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal									
Reflexos: ☐ Aumentados ☐ Diminuídos ☒ Normal									
Bloqueios Articulares (Regiões)									
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR									
☒ Eupneico ☐ Sem alterações									
SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT ☐ VNI ☐ VMI									
O2 SUPLEMENTAR: ☒ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sistema de Venturi %									
☐ Másc. Reinalação parc. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo ____ l/min									
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tiragens supraclaviculares ☐ Tiragens intercostais ☐ Tiragens subcostais									
☐ Uso de musc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor ____ /4+									
OBSTRUÇÃO DE VAS: ☒ Não ☐ Sim									
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☒ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial									
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica									
Ausculta Pulmonar: Raio X Tórax:									
TOSSE: ☐ Sim ☒ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz									
SECREÇÃO: ☒ Não ☐ Sim, QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.									
COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta									
COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha									

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: Fratura de Coto Fêmur	
Campina Grande, 05/07/2019	Sebastião Canário Torres FISIOTERAPÊUTA CREFITO 15344-F



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/08/2020 10:50:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080710504764900000031603325

Número do documento: 20080710504764900000031603325

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Marivaldo dos Santos A.P. 1982.03.04.73</u>					 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		<u>Sus</u>	<u>46 anos</u>	<u>1983043</u>	
CIRURGIA <u>Proctologia - Hemorroida</u>		CIRURGIÃO <u>Dr. Ricardo</u>			
ANESTESIA <u>Raque</u>		ANESTESIA <u>Dr. Mucilio</u>			
INSTRUMENTADORA <u>Nayma</u>		DATA <u>09-09-19</u>	INÍCIO <u>10h00</u>	FIM <u>13h00</u>	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.			Calgut cromado Serfix	
	Atropina amp.			Calgut cromado Serfix	
	Diazepam amp.	30		Calgut cromado Serfix	
01	Dimora amp. 0.2mg			Calgut Simples	
	Dofantina amp.			Calgut Simples Serfix	
	Efrane ml			Calgut Simples Serfix	
	Fenegan amp.			Calgut Simples Serfix	
	Fentanil ml			Cera p/ osso	
	Inova ml			Ethibond	
	Ketalar ml	01		Ethibond	
01	Mercalina 0.5 % ml			Ethibond	
	Nubatin amp.			Fio de Algodão Serfix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Serfix	
	Proligmine amp.	05		Fio de Algodão Sutupak	
	Proloxido lfm			Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	05		Fila cardíaca	
	Rapilen amp.			Mononylon 3-0	
	Tripropenbutal ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	09		Prolene Serfix	
01	Água Destilada amp.			Prolene Serfix	
01	Decadron amp.			Prolene Serfix	
03	Dipirona amp.	04		Prolene Serfix	
	Flaxicid amp.	04		Vicryl Serfix 0	
03	Fluocortid amp. Amfot	04		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	05		Vicryl Serfix	
	Glicose amp.	30			
	Glucan de Cálcio amp.				
	Haemacel ml	05			
	Heparina ml				
	Konakion amp.	05			
	Lasix amp.	04			
	Medrolinazol.	02			
01	Plast amp. 3mmx10mm	01			
	Protamina	01			
	Revivan amp.	01			
	Stuplanon amp.				
	Cetolona 1g				
019	Ceftriaxona 1g				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
02	Agulha desc. 25 x 7				
02	Agulha desc. 28 x 28	01			
01	Agulha desc. 3 x 4.5	02			
01	Agulha p/ raque nº 25	05			
	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul malileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	SOROS
02	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
01	SG Ring fr 500 ml
04	SG fr 500 ml P/ Limpeza

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
03	Parafusos 6.3 (arrastados)
01	Arrastado

EQUIPAMENTOS	
☒	Oxímetro de Pulso
☐	Serra
☐	Desfibrilador
☒	Foco Frontal
☐	Fonte de Luz
☐	Foco Auxiliar
☒	Eletrocáuterio
☐	Oxicapnógrafo
☒	Cardiomonitor
☐	Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Marta José T. ...
 Téc. Enfermagem
 COREN-PB 250741 MOD 003





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

GOVERNO
DO PARÁ



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0		
Respiração limitada, Dispneia = 1		
Respiração profunda e lóse = 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		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0		
Sat O2 > 90 com oxigênio = 1		
Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

	MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA	Rastreamento 0392						
Hospital: <u>Unidade de Saúde</u> Código: _____ Procedimento: <u>Artroscopia do joelho</u> Cód. Procedimento: _____ Paciente: <u>Maria da S. Anselmo</u> Data da Cirurgia: <u>20/08/2020</u> Nº prontuário: <u>109-041</u> Convênio: _____ Cirurgião: _____ Código: _____ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta								
DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS								
Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total				
01	Canais 6.5 x 81							
21	Canais 6.5 x 90							
21	Canais 6.5 x 100							
01	Parafuso 4.5							
ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS								
							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.								
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS Condições de Pagamento: _____ Faturar N.F para: _____ Cód. do consultor: _____ Total: _____ Cód. Instrumentador: _____							Anotações do Médico  Dra. Ana Maria da S. Anselmo MR. Ortopedia - Traumatologia CRM-PB 7825	
Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodoro Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05 Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br								



10/09/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-09-10&contar=1983097&IDC=44638

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 10/09/2019

Horas: 02:13:28

Médico (a) Diarista : Ywry de Paiva Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 7

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FX COLO FEMUR E

DIA 10/09/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo / MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	CURATIVO	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h AS 22H	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 10/09/2019 HORA: 02:12:21

1º DPO

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE + *Don + 1/12*

EVACUAÇÕES AUSENTES HA 1 DIA

FO COAPTADA E SECA, *diap, sangramento.*

CD: VPM + OPA

ASSINATURA + CARIMBO
Ywry de Paiva Camara*Dr. Ywry de Paiva*
ORTOPEDIA ORTODONTICA
CRM-93 16-987*Em tempo**sem hospital e outros de ref. antibiótico + ATB + analg + xarolito.**Dr. Ywry de Paiva*
ORTOPEDIA ORTODONTICA
CRM-93 16-987

10/09/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 10/09/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03 NOME: Ywry de Paiva Câmara

**GOVERNO
DA PARAIBA**



SECRETARIA
DE SAÚDE

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Data da Internação: 03/09/2019

Data da Alta: 10/09/2019

Registro: 1983097

Tempo de Permanência: -18143

Diagnóstico Inicial:

Fratura do fêmur (E)

Diagnóstico Final:

O mesmo

Principais Exames: RADIOGRAFIA

Cirurgia: RAFI

Data: 09/09/2019

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: MARCILIO VIEIRA COSTA SANTOS

Medicamentos: SINTOMÁTICOS + CEFAZOLINA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Anatomopatológico: NDN

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE ALTURA CM TRAUMA EM QUADRIL ESQUERDO, APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE + ROTAÇÃO INTERNA E ENCURTAMENTO DE MIE ASSOCIADO A INCAPACIDADE DE DEAMBULAÇÃO. RADIOGRAFIA EVIDENCIOU FRATURA DE COLO DE FEMUR ESQUERDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO ORTOPÉDICO SEM INTERCORRENCIAS.

Orientações: NÃO PISAR + RETORNO AMBULATORIAL

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: ALGINAC + LISADOR DIP + XARELTO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 10/09/2019

Assinatura/Carimbo
Ywry de Paiva Câmara

18/projeto/htcg/empresas/mostrar.php?contar=1983097

1/2



10/09/2019

HTCG-Painel Administrativo

RESPONSÁVEL : Wry de Paiva Camara

10.1.1.148/pje/htcg/imprimir/assumobha.php?conte=1863087

2/2



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Maria Luiza da Silva Almeida IDADE: 45 SEXO: F

IMC: 24.5 PROCEDÊNCIA: Urgência PROFISSÃO: Enfermeira DATA: 24/07/2015

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispnéia de esforço () Grande () Pequena
() Palpitações () Média () Ortopéica
() Dor Precordial () Tosse Seca () Expectoração
Relacionada: () Esforço () Típica () Atípica
() Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários:

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: Não () Tabagismo
(☒) Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico () Outros

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim

4 - EXAMES FÍSICO

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: B.P. 120 x 80, B.N.E. sem ruídos

FC: 72 b.p.m. PA: 120 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: Livres

Abdômen - Comentários: ND

Membros Inferiores - Comentários:

5 - E.C.G.: ritmo sinusal F.c.: 75 bat/min, extra

est. normal bloqueada em fase de latência

Ex. Laboratoriais: Baixa

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.:

Ass. do Médico

MD3.043



8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS		CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS	
CONSTIPAÇÃO		[] DESIDRATAÇÃO		[] ABDOME DISTENDI [] ANOREXIA	
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO		[] HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES		[] DOR AO EVACUAR [] DOR ABDOMINAL	
DOR AGUDA		[] AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)		[] ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜINEA	
HIPERTERMIA		[] ANESTESIA [] DESIDRATAÇÃO [] TRAUMA		[] AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORA	
MOBILIDADE FISIOLÓGICA		[] ANSIEDADE [] DESCONFORTO [] RIGIDEZ ARTICULAR		[] DIFICULDADE PARA VIRAR-SE	
RISCO DE INFECÇÃO		[] AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS		[] MOVIMENTOS DESCONTROLADOS	
OUTRO		[] PROCEDIMENTOS INVASIVOS [] OUTRO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					
[] AVALIAR DISTENÇÃO ABDOMINAL		[] AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANÇADA		[] OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTENCIONAL	
[] ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		[] REALIZAR BANHO NO LETO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		[] EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR	
[] AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		[] AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		[] ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO	
[] MEDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		[] APÓS ADMINISTRAÇÃO ANTERIORMENTE, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		[] INICIAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	
[] ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LETO		[] OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO		[] PARA SINAIS FISIOLÓGICOS	
[] TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		[] REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOL 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		[] OUTRO	

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERENFIMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CAMBIO:





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME:	Monimelo da Santa A. V.		
IDADE:	46	SEXO:	M ☒ F ☐ DATA DE NASCIMENTO:
SETOR:	Amarela	LEITO:	04/08/18
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☒	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐ NORMOPOTENSO ☒ HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐ TAQUIPÊNICO ☐ EUPNÉICO ☒ BRADIPNÉICO ☐		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☐ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☐ DEÂMBULA C/ APOIO ☐ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☒ RISCO DE QUEDA	CD/FR: excesso de mobilidade		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: proced. invasivo		
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
☐ NÁUSEA	CD/FR:		
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA	CD/FR:		
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	CD/FR:		
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	08	20	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).	contínuo		
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	"		
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.	"		

MD 125



[illegible]

Mariana Cardoso Lavelle
 TOREN 08 681 486
 tecnica em enfermagem

Correa Cardoso, J. A. / 08-08-196

	7/5/20
--	--------

CARIMBO	
---------	--

1000

--	--

--	--

--	--

--	--



03/09/2019

HTCG-Panel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 03/09/2019

Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 N° ATEND: 1983043

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 03/09/2019 HORA : 16:45:02

ESPECIALIDADE : ORTOPEdia

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NAO HAS () SIM (X) NAO
DEF. MOTORA () SIM (X) NAO

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Tereza Lima
ENFERMEIRA
COREN-PB/287.531



HTCG-Panel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO[illegible]

23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/08/2020 10:50:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080710504764900000031603325>
 Número do documento: 20080710504764900000031603325

Data de Interseção: 03/09/2019 Hora: 17:35:24

SUS Sistema Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE MARINALDO DOS SANTOS ALVES	
6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1983097	
7 - CARTÃO DO SUS 704306511472994	
8 - DATA DE NASCIMENTO 03/04/1973	
9 - SEXO M	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL TEREZINHA DOS SANTOS ALVES	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, DISTRITO) SÍTIO INDEPENDÊNCIA, 0, ZONA RURAL	
12 - CID-10 83	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Juazeiro Távora	
14 - CID-10 250760	
15 - UF PB	
16 - CEP 58387000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Acidente de moto + fratura em pé direito	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO fratura de pé direito	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS R	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL R	
21 - CID-10 PRINCIPAL R	
22 - CID-10 SECUNDÁRIO R	
23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS R	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO R	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO R	
26 - DOCUMENTO R	
27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 02	
28 - N.º DOCUMENTO (CNPJ) 980016278156267	
29 - N.º DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 03/09/2019	
31 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES	
33 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
34 - CNES R	
35 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
36 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
37 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
38 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
39 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
40 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
41 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
42 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
43 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
44 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
45 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
46 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
47 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
48 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
49 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
50 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
51 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
52 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
53 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
54 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
55 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
56 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
57 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
58 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
59 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
60 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
61 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
62 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
63 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
64 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
65 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
66 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
67 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
68 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
69 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
70 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
71 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
72 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
73 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
74 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
75 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
76 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
77 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
78 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
79 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
80 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
81 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
82 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
83 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
84 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
85 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
86 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
87 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
88 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
89 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
90 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
91 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
92 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
93 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
94 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
95 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
96 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
97 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
98 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
99 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	
100 - N.º DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE R	

Data da Internação: 03/09/2019 Hora: 17:35:24

 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 5 - NOME DO PACIENTE MARINALDO DOS SANTOS ALVES	
6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1983097	
7 - CARTÃO DO SUS 704306511472994	8 - DATA DE NASCIMENTO 03/04/1973
9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL TEREZINHA DOS SANTOS ALVES	
11 - TELEFONE DA CIDADE 83 86684371	
12 - ENDEREÇO (Bairro, Nº, Bairro) SÍTIO INDEPENDÊNCIA, 0, ZONA RURAL	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Juarez Távora	14 - CIDADE MUNICÍPIO 250760
15 - UF PB	16 - CEP 58387000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente com dor abdominal em quadrante superior direito, com duração de 12 horas, evoluindo para vômito e febre.	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Dor abdominal aguda.	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Hemograma: leucocitose.	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 20	21 - CID 10 PRINCIPAL 21
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 22	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 23
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 24	
25 - CLÍNICA 25	26 - CARTER DA INTERNAÇÃO 02
27 - DOCUMENTO (K) CNS 27	28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) 980016278156267
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES	
30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 03/09/2019	
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Rodrigo Amorim CRM-PB 000120017 ASS. COM. PEDIATRIA CONSELHO DE PEDIATRIA - PB	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CIPJ DA SEGURADORA 36
37 - Nº DO DIHETE 37	38 - SÉRIE 38
39 - CIPJ EMPRESA 39	40 - CNAE DA EMPRESA 40
41 - CBOR 41	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 43	44 - CID. ORGÃO EMISSOR 44
45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45	46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 46
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 47	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 48



Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TEOT: 12455
CIR. DA COLUMNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II Nº 429
CAMPINA GRANDE - PB

03/09/19
17:45
Pré-eob leucocit
(GABETA IV)
Solicito pre-op.
Prognóstico de cura.

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TEOT: 12455
CIR. DA COLUMNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II Nº 429
CAMPINA GRANDE - PB

Item	Prescrição	Aprovação
12	VIGILANCIA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	NECESSARIO	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h 24h (ADM AS 14h)	
6	Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
5	OMEPRAZOL 100 MG/40ML 100 MG/40ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h 6h	
4	Reconstituir 250 ML ABD.	
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IAMPOLA, 12h/12h	
2	DIPYRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h 6h	
1	Diluir em 50 ML SF	
0	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 24h 24h (ADM AS 14h)	
	Diluir em 50 ML SF	
	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. IAMPOLA, 6h 6h	
	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h 6h	
	DIETA LIVRE	

MEDICO(A): Rodrigo Porto Amorim Guedes /

DIA 03/09/2019

Clinica: MAREIA Enfermaria: 1 Leito: 7 Diagnóstico:

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Sexo: M

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046

DADOS DO PACIENTE:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO
DA PARAIBA



HTCG-Painel Administrativo
Data: 03/09/2019
Hora: 17:43:13
Médico (a) Diarista: Rodrigo Porto Amorim Guedes

03/09/2019



04/09/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-09-04&contar=1983097&IDC=42989

GOVERNO
DO PARÁ

8

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/09/2019

Horas: 08:15:34

Médico (a) Diarista: Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE:**

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 1

Clínica: AMARELA Enfermaria: 7 Leito: 74 Diagnóstico:

Dia 04/09/2019

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	500
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	10-18 30-06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	10-18 30-06
4	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	10-18 30-06
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	30
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	etc
10	VIGILANCIA	etc

EVOLUÇÃO

DATA: 04/09/2019 HORA: 08:15:00

BEG, ESTÁVEL

NV: OK

PRÉ-OP: AGUARDA EXAMES

CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo FalcãoDr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 10.148-3

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-09-04&contar=1983097&IDC=42989

1/1



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 05/09/2019

Horas: 07:57:41

Médico (a) Diarista : Eduardo Otavio Braga Moraes

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DHI - 2

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico:

DIA 05/09/2019

MÉDICO(A): Eduardo Otavio Braga Moraes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	1/2 1/2 2x 06
3	CURATIVO	
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	1/2 1/2 2x 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	1/2 1/2 2x 06
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	1/2 1/2 2x 06
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	1/2 1/2 2x 06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	1/2 1/2 2x 06
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 05/09/2019 HORA: 07:57:14

BEG, ESTÁVEL

NV: OK

PRÉ-OP: AGUARDA EXAMES

CD: AGUARDA CIRURGIA
VPMASSINATURA + CARIMBO
Eduardo Otavio Braga Moraes

Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6588





CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 06/09/2019
Hora: 07:18:21
Médico (a) Dentista: Wagner de Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DHI - 3

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico:

DIA 06/09/2019

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprimoramento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML. E.V. IFRASCO. 6h/6h	
3	CURATIVO	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML. E.V. IAMPOLA. 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE. E.V. IFRASCO. 12h/12h	
6	Reconstituir 2ML ABD.	
7	OMEPRAZOL 40MG IFRASCO. 24h/24h (ADM AS 6h)	
8	Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML. S.C. ISERINGA. 24h/24h (ADM AS 14h)	
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML. E.V. IAMPOLA. FAZER SE	
11	NECESSÁRIO	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 06/09/2019 HORA: 07:18:08

BEG. ESTÁVEL

NV: OK

PRÉ-OP: AGUARDAR EXAMES

CD: AGUARDAR CIRURGIA

VP: OK

Dr. Wagner de Melo Falcao
ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcao

ASSINATURA + CARIMBO
Vry de Paiva Camara
CRM-PR 10.907

CD: AGUARDA CIRURGIA
VPM

DIURESE OK

NV: OK

BEG. ESTAVEL. SEM EVACUAR HA 4 DIAS.

4º DH

DATA: 07/09/2019 HORA: 07:52:04

EVOLUÇÃO

8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CE
7	NECESSARIO	CE
6	TRAMADOL. CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA. FAZER SE	CE
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA. 24h 24h (ADM AS 14h)	CE
4	TENOXICAM 10 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMF. 12h/12h	CE
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA. 6h/6h	CE
2	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500ML E.V. IFRASCO. 6h/6h	CE
1	DIETA LIVRE	CE

MEDICO(A): Vry de Paiva Camara /

DIA 07/09/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermeira: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FX COLO FEMUR E

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DH1 - 4

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

DADOS DO PACIENTE:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico (a) Diarista: Vry de Paiva Camara

Horas: 07:52:54

Data: 07/09/2019

CNPJ: 10.848.190/0001-55

10.1.1.148/projeto/htc/imp/pevo.php?datasal=2019-09-07&conta=1983097&IDC=43872

07/09/2019

GOVERNO
DO PARANÁ



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 08/09/2019
Horas: 07:34:00
Médico (a) Diarista: Wery de Paiva Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M
Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 5
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FX COLO FEMUR E

DIH 08/09/2019

MÉDICO(A): Wery de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE (Manteiga a 1 colher de 60:00 h)	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	
3	CLURATIVO	
4	DIFERONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRAMP, 12h/12h	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h IADN AS 14h	
7	TRANIADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SF	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 08/09/2019 HORA: 07:33:37

5º DIH

BEG. ESTÁVEL, SEM EVACUAR HÁ 5 DIAS, *com evacuação de 1 vez.*

NV: OK

DIURESE OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Wery de Paiva Camara
CRM-PB 10.390

Dra. Ana Maria S. Anselmo
CRM-PB 7825
M.R. Ortopedia - Traumatologia

Outro resumo de sangue





GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 09/09/2019

Horas: 13:07:43

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 6

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FX COLO FEMUR E

DIA 09/09/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	18/06 24/06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h OD/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18/06 06
4	CURATIVO	CT
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18/06 24/06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18/06 22
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	CT
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 09/09/2019 HORA: 13:06:55

PACIENTE EM POI SEM INTERCORRÊNCIAS.
SEGUE EM BEG.

CONDUTA:

- SOLICITO EAIO X DE CONTROLE.
- VPM.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825





GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 157777

DATA DA CIRURGIA: 09/09/2019

Número do Atendimento: 1983097 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 7 / Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Data da Internação: 03/09/2019

Atendimento: 1983097

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE COLO DE FÊMUR ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA COLO DE FEMUR ESQUERD

Data da Cirurgia: 09/09/2019

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Instrumentador: NORMA

Anestesiista: MARCILIO VIEIRA COSTA SANTOS

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM MESA ORTOPÉDICA SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3 - INCISÃO EM FACE LATERAL DO QUADRIL ESQUERDO + DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4 - REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM 03 PARAFUSOS CANULADOS

6.5 MM, SOB ESCOPIA

5 - LAVADO DE FO COM SF

6 - SUTURA POR PLANOS

7 - CURATIVOS

8 - À URPA.

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
Méd. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7185

Data 09/09/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Murilo da Silva Santos</u>						GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE		
		<u>SUS</u>	<u>19/02/2019</u>	<u>1982043</u>	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		
CIRURGIA: <u>Proctologia</u>				CIRURGIÃO: <u>Dr. Marcelo</u>			
ANESTESIA: <u>Raquel</u>				ANESTESISTA: <u>Dr. Marcelo</u>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM			
<u>Monica</u>		<u>09/09/19</u>	<u>08h00</u>	<u>13h00</u>			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.		Calaf. p. Oxo		Calgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Calaf. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.	<u>30</u>	Compressa Grande		Calgut cromado Sertix		
	Dimore amp.	<u>0.2 ml</u>	Compressa Pequena		Calgut Simples		
	Dotanilina amp.		Cotonolde		Calgut Simples Sertix		
	Efrane ml		Dreno		Calgut Simples Sertix		
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Calgut Simples Sertix		
	Fentanyl ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso		
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond		
	Ketalar ml	<u>0.1</u>	Equipo de Macrogol		Ethibond		
	Mercaina <u>0.5 % ml</u>		Equipo de Macrogol		Ethibond		
	Nubain amp.		Equipo de Sangu		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
	Prochlorper amp.	<u>0.5</u>	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak		
	Protóxido l/m		Furacin ml		Fio de Algodão Sutupak		
	Quelcin ml	<u>0.5</u>	Gase Pacote de 10 unidades		Fita cardíaca		
	Rapifen amp.		H.O. ml	<u>03</u>	Mononylon	<u>2-0-10</u>	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix		
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix		
	Decacron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix		
	Dipirona amp.	<u>0.4</u>	Luvas 7.0	<u>03</u>	Vicryl Sertix	<u>0.1</u>	
	Flaxidol amp.	<u>0.4</u>	Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
	Flabecorid amp.	<u>0.4</u>	Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Geramcina amp.	<u>0.5</u>	Luvas 8.5				
	Glicose amp.	<u>0.5</u>	Oxigênio l/m				
	Glucon de Cálcio amp.	<u>0.5</u>	Polifix				
	Hipemacel ml.	<u>0.5</u>	PVP Degomante ml				
	Heparema ml.	<u>0.5</u>	PVP Tópico ml.				
	Karakion amp.	<u>0.5</u>	Sabão Antisséptico	<u>0.5</u>	SE Normotérmico fr 500 ml		
	Lásix amp.	<u>0.5</u>	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml		
	Madrotinazol.	<u>0.5</u>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipotérmico fr 500 ml		
	Plasil amp.	<u>0.5</u>	Seringa desc. 20 ml	<u>0.5</u>	SG Ringr fr 500 ml		
	Protamina	<u>0.5</u>	Seringa desc. 05 ml	<u>0.5</u>	SG fr 500 ml	<u>P/ limpeza</u>	
	Revivan amp.	<u>0.5</u>	Sonda				
	Sutplanton amp.	<u>0.5</u>	Sonda Foley				
	Cefalotina 1g	<u>0.5</u>	Sonda Nasogálica	<u>0.5</u>			
			Sonda Uretral n°				
			Sterydrom ml				
			Tomelirina				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
	Agulha desc. 28 x 28		Latex				
	Agulha desc. 3 x 4.5						
	Agulha p/ raque n°						
	Álcool de Enfermagem						
	Álcool Iodado ml						
	Ataduras de Crepon						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Maximaldo dos Santos Alves	Idade: 46 A
Convênio: SUM	Data: 09.09.19
Procedimento: trat. Pireng e/ fixação de fratura de fêmur - mte. MIE.	
Cirurgião: Dr.º Ricardo	Auxiliar:
	Anestesista: Dr.º Marcelo
Início: 10h	Término: 13:00
	Anestesia Raquel

[illegible][illegible][illegible]

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

NOB 103



Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimento 2 membros = 1 Movimento 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 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		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

[Assinatura]

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



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

GOVERNO
DA PARAIBA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Manoel dos Santos Alves</i>			IDADE: <i>46a</i>	SEXO: <i>M</i>	COR: <i>Br</i>
DATA: <i>05-09-18</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜENEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÊMIA	UREIA	OUTROS:	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			AFANASIOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO <i>Fratura do fêmur esquerdo</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS				INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo. espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
LÍQUIDOS				MANUTENÇÃO <i>Pel/morale 2g</i> <i>Atropina 2g</i> <i>Fentanyl 20mg</i> <i>Ondansetron 4mg</i> <i>Sedativo 10mg</i>			
CÓDIGOS				ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____			
VP. ARTERIAL - O PULSO - O - RESPIRAÇÃO - AZ - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO				DESPERTAR Reflexos na SD: _____ Obst.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>10:00 fim da cirurgia</i> <i>Rec. 18:00</i> <i>Alto 18</i>			Com cânula: _____ Paro o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____			
POSICÃO							
AGENTES	<i>respirador 95% O2 + 5% N2O + 100% O2 + 100% N2O + 100% O2 + 100% N2O</i>						
TÉCNICA	<i>Proxi, 25, 15-14</i>						
OPERAÇÃO							
CHIRURGIOS	<i>Dr. João</i>						
ANESTESISTAS	<i>Morales</i>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA 35 50		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/08/2020 10:50:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080710504764900000031603325

Número do documento: 20080710504764900000031603325

Num. 33011517 - Pág. 49

**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

0392

Hospital: Hospital de ... Código: ...Procedimento: ... Cód. Procedimento: ...Paciente: Marcelo da SilvaData da Cirurgia: 09/09/... Nº prontuário: 1087087 Convênio: ...Cirurgião: ... Código: ... (☒) Reposição (☐) Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	canalizador 6.5/85			
01	canalizador 6.5/90			
01	canalizador 6.5/100			
01	pinos 4.5			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDASCondições de Pagamento: ...Faturar N.F para: ...Cód. do consultor: ... Total: ...Cód. Instrumentador: ...**Anotações do Médico**

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br





10.1.1.148/projeto/ntcg/impnfevo.php?data=2019-09-10&contar=1983097&IDC=44638

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 10/09/2019

Horas: 02:13:28

Médico (a) Diarista: Wry de Paiva Camara

GOVERNO DA PARÁLIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1983097 Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: 03/04/1973 Admissão: 03/09/2019 DIH - 7

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 4 Diagnóstico: FX COLO FEMUR E

DIA 10/09/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo / MÉDICO(A): Wry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVEENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRASCO, 12h/12h 1D/2D	
4	CURATIVO	
5	DIFERONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCO, 12h/12h	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISEIRINGA, 24h/24h	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 10/09/2019 HORA: 02:12:21

1º DPO

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIRESE + 02 + 1/12

EVAUAÇÕES AUSENTES HA 1 DIA

FO COATADA E SECA, 12h/12h 12h/12h

CD: VPM + OPA

ASSINATURA + CARIMBO

Wry de Paiva Camara

Em tempo
para monitorar a evolução de rotina
+ ATB + analg + xarapilho

Dr. Wry de Paiva Camara

10.1.1.148/projeto/ntcg/impnfevo.php?data=2019-09-10&contar=1983097&IDC=44638

10/09/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 10/09/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03 NOME: Ywry de Paiva Camara



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Data da Internação: 03/09/2019

Data da Alta: 10/09/2019

Registro: 1983097

Tempo de Permanência: -18143

Diagnóstico Inicial:

Fr. colo femur E

Diagnóstico Final:

O mesma

Principais Exames: RADIOGRAFIA

Cirurgia: RAFI

Data: 09/09/2019

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: MARCILIO VIEIRA COSTA SANTOS

Medicamentos: SINTOMÁTICOS + CEFAZOLINA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Anatomopatológico: NDN

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE ALTURA CM TRAUMA EM QUADRIL ESQUERDO, APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE + ROTAÇÃO INTERNA E ENCURTAMENTO DE MIE ASSOCIADO A INCAPACIDADE DE DEAMBULAÇÃO. RADIOGRAFIA EVIDENCIOU FRATURA DE COLO DE FEMUR ESQUERDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO ORTOPÉDICO SEM INTERCORRENCIAS.

Orientações: NÃO PISAR + RETORNO AMBULATORIAL

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: ALGINAC + LISADOR DIP + XARELTO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 10/09/2019

Assinatura/Carimbo
Ywry de Paiva Camara
ORTOPÉDICO
CRM-PB 10.507

/projetohtcg/impreresumoalta.php?contar=1983097

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/08/2020 10:50:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080710504764900000031603325

Número do documento: 20080710504764900000031603325

Num. 33011517 - Pág. 52

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Marcinalla da Silva Albuquerque IDADE: 44 SEXO: M

IMC: 24.3 PROCEDÊNCIA: Urgência PROFISSÃO: Enfermeiro DATA: 04/03/2019

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispnéia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopédica
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Típica () Atípica
Relacionada: () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: Não () Tabagismo
(☒) Etilismo () Sedentarismo
() Distúrbio () Cirúrgico () Outros

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim _____

4 - EXAMES FÍSICO

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: Ba. P. 2.7, 13 RF, sem ruídos

FC: 72 b.p.m P.A.: 120 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: 1.1.1.1

Abdômen - Comentários: N.D.

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: Exame ECG F. c. 75 Bat/min, extra

Ex. Laboratoriais: Ba. P. 2.7, 13 RF, sem ruídos

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: _____

Ass. do Médico

MDP 043



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO	() ABDOME DISTENDI () ANOREXIA
	() HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
	() OUTRO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA
	() OUTROS	() RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS
	() OUTRO	() TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE
	() PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS	
	() PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
() AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA		
() OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		() CONTROLE DA DOR(MELHORA OU AUSENTE)
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: André Luiz Idade: _____ Sexo: _____ Enf/Leito: 0704

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? _____ Doença () HAS () DM
() Tabagista () Etílista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: () CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: () ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: () VO () SNG () SNE () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: () ESPONTÂNEA () SVO () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida: _____ Curativo em: _____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO/REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0 a 10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
13:30	136/76	36,2	85								SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME:	<u>Momineido da Silva A.V.</u>				
IDADE:	<u>46</u>	SEXO:	M ☐ F ☒	DATA DE NASCIMENTO:	<u>1/10/88</u> às <u>8:50</u> H
SETOR:	<u>Anonete</u>		LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	<u>04/08/19</u>				
ALERGIAS:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐	NÃO ☒	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☒	HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐	TAQUIPÉNICO ☐	EUPNÉICO ☒	BRADIPNÉICO ☐	
SIST. GENTOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☐	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐	SVD ☐	
MOBILIDADE:	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐		
	DEÂMBULA ☐	DEÂMBULA C/ APOIO ☐	ACAMADO ☐	S/ DEFICITE MOTOR ☐	
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PARESIA ☐	RESTRITO NO PEITO ☐	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO ☒	SNG ☐	SNE ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESEO ☐	CAQUÉTICO ☐	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
☒ RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u>excesso de male</u>				
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>pneumonia</u>				
☐ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal	CD/FR:				
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:				
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
☐ Náusea	CD/FR:				
☐ Dor aguda ☐ Dor crônica	CD/FR:				
☐ Padrão respiratório ineficaz	CD/FR:				
☐ Mobilidade no leito prejudicada	CD/FR:				
☐ Deficit no auto cuidado ☐ alimentar-se ☐ para banho	CD/FR:				
☐ Integridade da pele prejudicada	CD/FR:				
☐ Risco para int. pele prejudicada	CD/FR:				
☐ Risco de síndrome do desuso	CD/FR:				
☐	CD/FR:				
☐	CD/FR:				
☐	CD/FR:				
Assinatura do enfermeiro responsável		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	OS		20	Assinatura	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
☐ INSTALAR CATÉTER DE O ₂ A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.	contínuo		"		
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			"		
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.			"		



[illegible]

NOME: <u>Monivaldo dos Santos Alves</u>		GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
IDADE: <u>46 a</u>	ENFERMARIA: <u>7</u>	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes	
H. D.: <u>F. C. B. E.</u>	ADMISSÃO: <u>05/07/19</u>	FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS	
PROCEDÊNCIA:		DRENO: ☐ Pleural ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito	
MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRpA ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PHM		Perfusão: ☒ Normal ☐ Deficiente	
☐ Hemorragia ☐ Outros:		☐ Edema. Regiões:	
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia		CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE	
HDA: <u>Paciente com lesão no fêmur, apresentando dor no pé e joelho e estresse no fêmur.</u>		CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2	
		☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☐ Cinesioterapia ☐ MRP	
		☐ Treino de Marcha ☐ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sotestação	
		☐ Orientamento ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial	
		☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação	
		Outros:	
SV: FC <u>80</u> bpm FR <u>18</u> rpm PA: <u>120/80</u> mmHg SpO2 <u>98</u> % T <u>36</u> °C		Observações:	
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow <u>15</u>			
Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal Trofismo: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal			
Reflexos: ☐ Aumentados ☐ Diminuídos ☒ Normal Força Muscular (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5			
Bloqueios Articulares (Regiões)			
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR			
☒ Espontâneo ☐ Sem alterações			
SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ Com TOT ☐ Sem TOT ☐ VNI ☐ VMI			
O2 SUPLEMENTAR: ☒ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Masc. Simples ☐ Masc./Sistema de Venturi <u>2</u> %			
☐ Masc. Reinalação parc. ☐ Masc. não Reinalação ☐ Masc. de Reservatório. Fluxo <u>10</u> l/min			
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Targens supraclaviculares ☐ Targens intercostais ☐ Targens subcostais			
☐ Uso de masc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipneia ☐ Bradipneia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor <u>1</u> M+			
OBSTRUÇÃO DE VAS: ☒ Não ☐ Sim		DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: <u>fratura de fêmur</u>	
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial			
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica			
Ausculta Pulmonar: <u>+</u> Raio X Tórax: <u>+</u>			
TOSSE: ☐ Sim ☒ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectorar ☐ Ineficaz			
SECREÇÃO: ☒ Não ☐ Sim. QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande			
COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta			
REÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha			



四

SERVICIOS REALIZADOS:

IDADE

Elisabete Alves dos Santos
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

23



03/09/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1983043 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/09/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: MARINALDO DOS SANTOS ALVES CEP:58387000 Nascimento:03/04/1973

Endereço:SITIO INDEPENDÊNCIA Sexo:M Telefone: 86684371

Cidade: Juarez Távora Idade:046 Bairro:ZONA RURAL

Nome da Mãe: TEREZINHA DOS SANTOS ALVES RG: N°:0

CPF: 87313200404 Profissão:

Responsável: Data de Atend:03/09/2019 CNS:704306511472994

Estado Civil:Casado(a) Hora: 16:40:36 CONVÊNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

OBS FIG.1A

MECANISMOS DO TRAUMA

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



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Fx colo femoral

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

infecção
DEL RUSSO CACON
NAO COM A CACON

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
 () Gasometria arterial () Radiografias:
 () Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>fx colo femoral</i>	
2	<i>fx colo femoral</i>	
3	<i>fx colo femoral</i>	
4	<i>fx colo femoral</i>	
5	<i>fx colo femoral</i>	
6	<i>fx colo femoral</i>	

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Rodrigo Amorim
 CRM-PB 8321-TEOT 12455
 R. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
 51.100-000 PEDRO II Nº 429
 51.100-000 DE

etohtcg/impreclassi.php?contar=1983043&dataatend=2019-09-03&horaatend=16:45:02

1/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/08/2020 10:50:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080710504764900000031603325

Número do documento: 20080710504764900000031603325

Num. 33011517 - Pág. 61

Marin da do dos Santos Alves



V-02
P-016

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



FILIAÇÃO ANTONIO ALVES DA SILVA TEREZINHA DOS SANTOS ALVES		NOME MARINALDO DOS SANTOS ALVES	
NATURALIDADE JUAREZ TAVORA-PB		REGISTRO 1.634.661 - 2 VIA	
DATA DE NASCIMENTO 03/04/1973		DATA DE EXPEDIÇÃO 03/01/2018	
CASAM N. 3627 FLS. 72 LIV. B12 CARTORIO ALAGOA GRANDE-PB		CPF 873.132.004-04	
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/08/2020 10:50:48 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080710504764900000031603325		Número do documento: 20080710504764900000031603325	

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
873.132.004-04

Nome
MARINALDO DOS SANTOS ALVES

Nascimento
03/04/1973


REPÚBLICA FEDERATIVA
do Brasil
15 de Novembro de 1889



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MOT8898

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2012

Proprietário: *****

Placa: MOT8898

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2006

Ano Modelo: 2007

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: PRETA

Vencimento Licenciamento: 31/10/2019

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

Financeira: #####

Município: CABEDELO

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 10/09/2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DA JUSTICA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VA	COLABORAM	RTS	EXERCICIO
			2012
NOME / ENDEREÇO			

OFFIC		PLACA	
		MOT8898	
PLACA ANT		CHASSI	
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSA / MOTOCICLET		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/CG 150 TITAN KS		2006 2007	
CAP. POT. CIL.		CATEGORIA	
		COR PREDOMINANTE	
		PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
31/10/2019		1º	
PARCEL. ÚNICA		VENC. COTAS	
		2º	
PARCELAMENTO COTAS		3º	
PRÊMIO LÍQUIDO (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
COTA DE PAGAMENTO			
OBSERVAÇÕES			
ALIENACAO FIDUCIARIA			
LOCAL		DATA	
CABEDELO		10/09/2019	



40665

CABDELO

AURELIANO D LETTE 33194

18/01/200

A.F. CONS NACIONAL HONDA LTDA

2 P/149 /CI

PARTIC

PRETA

HONDA/CG 150 TITAN KS

PAS/MOTOCICLO/

NOVO

9C2K08107R081319

MOTOMAR PECAS E ACESSORIOS LTDA

03961642427

58310000 CABDELO-FB

CAMBOINHA I

R JOAO R B SOUSA 80

JOSE ANTONIO FAUSTINO DA SILVA

1

907149383

197564671

DETAM - PS

DEPARTAMENTO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190721555 **Cidade:** Juarez Távora **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDO DOS SANTOS ALVES **Data do acidente:** 03/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO FEMORAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS). P10 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190721555 **Cidade:** Juarez Távora **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDO DOS SANTOS ALVES **Data do acidente:** 03/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO FEMORAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS). P10
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0470085/19

Vítima: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

CPF: 873.132.004-04

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 03/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARINALDO DOS SANTOS ALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARINALDO DOS SANTOS ALVES : 873.132.004-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/12/2019
Nome: MARINALDO DOS SANTOS ALVES
CPF: 873.132.004-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

MARINALDO DOS SANTOS ALVES

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

