



Número: **0807877-63.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **29/04/2020**

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
CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
33827 511	01/09/2020 10:12	2747901_CONTESTACAO_Anexo_02



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, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624607

Vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

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

Pag. 01915/01916 - carta_01 - INVALIDEZ



00020958

Carta nº 15073088





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, 23 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190624607

Vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

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 joelho 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: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000560150-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 00123/00124 - carta_15R - INVALIDEZ



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, retorno 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





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 Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190624607

Vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. 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

Pag. 01893/01894 - carta_02 - INVALIDEZ



00040947

Carta nº 15568344



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576>
Número do documento: 20090110121944500000032364576

Num. 33827511 - Pág. 3



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, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190624607

Vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01889/01890 - carta_03 - INVALIDEZ



00060945

Carta nº 15603419



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576>
Número do documento: 20090110121944500000032364576

Num. 33827511 - Pág. 4



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, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190624607

Vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01/10/0102 - carta_09 - INVALIDEZ



00040551

Carta nº 15654399



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576>
Número do documento: 20090110121944500000032364576

Num. 33827511 - Pág. 5



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 ASI: **0389090199** CPF da vítima: **081917507-24** Nome completo da vítima: **Carlos Alberto Bernardino de Lima**

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

Nome completo: Carlos Alberto Bernardino de Lima	CPF: 081917507-24		
Profissão: RECLUSO	Endereço: Sítio Malhada do Reio	Número: S/N	Complemento: Casa
Bairro: Area Rural	Cidade: São Domingos do Arari	Estado: PB	CEP: 58485-000
E-mail:	Tel.(DDD): (83) 98708-8728		

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0041**

CONTA: **560150**

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 **fassinalar uma das opções:**

- Não há IML que atende 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: Vivos: Falecidos: 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.

Local e Data: **João Pessoa, 06/11/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RODO, 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.



31/10/2019
 João Pessoa, 30 de outubro de 2019.
 (Assinado) Wilson
 (Assinado) Everaldo Martins da Costa

CERTIFICO em razão do meu cargo a regularidade verbal de pessoa interessada, que reviu
 livo de ocorrências desta Delegacia, as fls. ocorrência de nº 1155/2019, na mesma contin-
 seguinte teor: 30 de outubro de 2019, nessa cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital,
 Alberro Berardo De Lima, portador da cédula de identidade nº 12218682-8 SSP/RJ, CP
 081.917.507 - 24, brasileira, natural de Parába, solteiro, com 50 anos de idade, filho de Cim-
 Berardo de Lima e de Maria Pereira de Lima, Pederito, residente à (nº) Sítio Malhada do M-
 uente, condutor sua motocicleta Yamaha XTZ, cor preta, placa PFD 3636/PB, chassi
 CG6KG045QB0006273, casastreada em nome de Artur Claudino da Silva Neto, na avenida Princ-
 ipal da cidade, saíndo de sua casa a caminho da residência de seu primo, quando foi surpreendido e ;
 de vários cães (animais) o atacaram nesse momento e assim, o Notíficante desequilibrou
 consequentemente, sofreu uma queda, tendo sido socorrido ao Hospital de Emergênc-
 ias Dom Lázio Gonzaga Ferreira, onde foi submetido a procedimentos cirúrgicos, conso-
 lando Medico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé.

CERTIDAO

GOVERNO DA PARÁIBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA DA
 DELEGAÇÃO SOCIAL
 8ª DELEGACIA DISTITAL



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190624607**

Nome do(a) Examinado(a): **CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

SITIO MALHADA DO MEIO, SN - São Domingos do Cariri - PB - CEP 58485000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /RJ**] **122186828**

Data e local do acidente: [**24/07/2019**]

Sítio Malhada do Meio Zona Rural da Cidade de São Domingos do Cariri PB

Data e local do exame: [**23/03/2020**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do Planalto Tibial Esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico apresenta claudicação da marcha, cicatriz cirúrgica na perna esquerda, hipotrofia muscular da coxa esquerda, limitação de mobilidade do joelho esquerdo com perda de 60 graus de flexão e 10 de extensão, deficit de força motora do joelho.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Apresenta claudicação da marcha, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora do joelho esquerdo.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

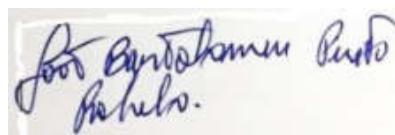
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB





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 ASI: **0389090199** CPF da vítima: **081917507-24** Nome completo da vítima: **Carlos Alberto Bernardino de Lima**

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

Nome completo: Carlos Alberto Bernardino de Lima	CPF: 081917507-24		
Profissão: RECLUSO	Endereço: Sítio Malhada do Reio	Número: S/N	Complemento: Casa
Bairro: Area Rural	Cidade: São Domingos do Arari	Estado: PB	CEP: 58485-000
E-mail:	Tel.(DDD): (83) 98708-8728		

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **560150** **4**

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

(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 atende 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: Vivos: Falecidos: 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.

Local e Data: **João Pessoa, 06/11/2019**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RODO, 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.





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 ASI: **038 909 0139** CPF da vítima: **081917507-24** Nome completo da vítima: **Carlos Alberto Bernardino de Lima**

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

Nome completo:	Carlos Alberto Bernardino de Lima		CPF:	081917507-24	
Profissão:	RECUSO	Endereço:	Sítio Malhada do Reio	Número:	S/N
Bairro:	Area Rural	Cidade:	São Domingos do Ariri	Estado:	PA
E-mail:			CEP:	58485-000	
			Tel.(DDD):	(83) 88056654	

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

RENDIMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **560150** **4**
 (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 Lider 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 atende 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 Lider 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 discordar 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:
 Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa, 17/03/2020**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Carlos Alberto Bernardino Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

1º) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGDO, 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.



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: 19/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000560150-4

Nr. da Autenticação 6A6B436D3C6D21DD



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576>
Número do documento: 20090110121944500000032364576

Num. 33827511 - Pág. 12

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-vida de conta.

Ruivo para terceiro pagamento da nota fiscalizada de energia número N° 000.710.371



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-8

DADOS DO CLIENTE

MARIA PEREIRA DE LIMA
SIT MALHADA DO MEIO S/N
SAO DOMINGOS DO CARIRI

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/779205-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2019	09/09/2019	23	16/09/2019	R\$ 0,00

Acesse: www.energisa.com.br

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 16/09/2019				
Pagador: MARIA PEREIRA DE LIMA CNPJ/CPF: 070.190.317-14				
SIT MALHADA DO MEIO S/N - AREA RURAL - SAO DOMINGOS DO CARIRI / PB - CEP 00000-000				
Noção-Número:	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120005943817	000779205201909	16/09/2019	R\$ 0,00	09.095.183/0001-40
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: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576>
Número do documento: 20090110121944500000032364576

Num. 33827511 - Pág. 13

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - Nº 040.052.805



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.016.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA PEREIRA DE LIMA
SIT MALHADA DO MEIO S/N
SAO DOMINGOS DO CARIRI

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/779205-4

REFERÊNCIA
MAR/2020

APRESENTAÇÃO
09/03/2020

CONSUMO

5

VENCIMENTO

16/03/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 23,49

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 12938.293177 7 81960000002349

Pagador: MARIA PEREIRA DE LIMA CNPJ/CPF: 070.190.317-14

SIT MALHADA DO MEIO S/N - AREA RURAL - SAO DOMINGOS DO CARIRI / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120012938293	000779205202003	16/03/2020	R\$ 23,49	09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



(83) 9 8805 6654



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576>

Número do documento: 20090110121944500000032364576

Num. 33827511 - Pág. 14

ALERGIAS: <i>Carne - & veneno de inseto - alergia a polen - alergia a cítricos</i>		MEDICAMENTOS: <i>Motilium é o único que não causa efeitos colaterais.</i>	
EXAME FÍSICO: <i>Normal</i>		PATÓLOGIAS: <i>Normal</i>	
PRONTO-SOCORRO: <i>CLASSE DE RISCO: VERMELHO</i>		PROBLEMA DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CEP: 58450000 CNPJ: 08778268/0038-52 Data: 24/07/2019 Endereço: Avenida Gonzaga Fernandes, nº 400 - Centro - Rio Claro - SP - Brasil	
BERNARDINO DE LIMA Endereço: São Domingos do Cariri RG: 12186828 Natura Nome da mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de nascimento: 23/05/1967 Profissão: PREDREIRO Estado Civil: Solteiro(a) Número do telefone: 19-3040026291014 Data de nascimento: 24/07/2019 RG: 12186828 Natura Nome da mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de nascimento: 23/05/1967 Profissão: PREDREIRO Estado Civil: Solteiro(a) Número do telefone: 19-3040026291014 CONVENIÓIOS CONVENIO-SUS Data: 19-05-18 Hospital de Emergência (GE) - Modelo 07 Avendente: São Domingos do Cariri CEP: 58450000 CNPJ: 08778268/0038-52 Data: 24/07/2019 Endereço: Avenida Gonzaga Fernandes, nº 400 - Centro - Rio Claro - SP - Brasil		DADOS SOBRE O PACIENTE DE LIMA Sexo: M Telefone: 87785525 Barreiros Centro Idade: 052 Profissão: PREDREIRO Natura RG: 12186828 Natura Nome da mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de nascimento: 23/05/1967 Profissão: PREDREIRO Estado Civil: Solteiro(a) Número do telefone: 19-3040026291014 CONVENIO-SUS Data: 19-05-18 Hospital de Emergência (GE) - Modelo 07 Avendente: São Domingos do Cariri CEP: 58450000 CNPJ: 08778268/0038-52 Data: 24/07/2019 Endereço: Avenida Gonzaga Fernandes, nº 400 - Centro - Rio Claro - SP - Brasil	
EXAMES SOBRE O PACIENTE DE LIMA Exames (G)Próterogênicos (L)Fisiológicas (A)Antisépticas () Purulais () Glasgow 15 PA HGT: 170cm Cidade: São Domingos do Cariri RG: 12186828 Natura Nome da mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de nascimento: 23/05/1967 Profissão: PREDREIRO Estado Civil: Solteiro(a) Número do telefone: 19-3040026291014 CONVENIO-SUS Data: 19-05-18 Hospital de Emergência (GE) - Modelo 07 Avendente: São Domingos do Cariri CEP: 58450000 CNPJ: 08778268/0038-52 Data: 24/07/2019 Endereço: Avenida Gonzaga Fernandes, nº 400 - Centro - Rio Claro - SP - Brasil		MECANISMOS DE TRAUMA Lesão da articulação do local com o número correspondente ao lado: 1. Antebraço 2. Manguito 3. Cintura 4. Costela 5. Cervelo 6. Dorsal 7. Esterno 8. Fêmur 9. Fratura sacro-iliaica 10. Fratura sacro-vertebral 11. Fratura sacro-vertebral 12. Fratura sacro-vertebral 13. Fratura sacro-vertebral 14. Fratura sacro-vertebral 15. Fratura sacro-vertebral 16. Fratura sacro-vertebral 17. Fratura sacro-vertebral 18. Fratura sacro-vertebral 19. Fratura sacro-vertebral 20. Fratura sacro-vertebral 21. Fratura sacro-vertebral 22. Fratura sacro-vertebral 23. Fratura sacro-vertebral 24. Fratura sacro-vertebral 25. Fratura sacro-vertebral 26. Fratura sacro-vertebral 27. Fratura sacro-vertebral 28. Fratura sacro-vertebral 29. Fratura sacro-vertebral 30. Fratura sacro-vertebral 31. Fratura sacro-vertebral 32. Fratura sacro-vertebral 33. Fratura sacro-vertebral 34. Fratura sacro-vertebral 35. Fratura sacro-vertebral 36. Fratura sacro-vertebral OBS:	
ESPECIALISTA: <i>Dr. Jeferson</i> Assistente: <i>As: - Dia: -</i>		MEDICO SOLICITANTE PROCEDIMENTOS REALIZADOS: 1. <i>Urticária de ferida</i> 2. <i>Urticária de ferida</i> 3. <i>Urticária de ferida</i> 4. <i>Urticária de ferida</i> 5. <i>Urticária de ferida</i> 6. <i>Urticária de ferida</i>	
Nº PRESCRIGOES E CONDUITAS HORARIO REALIZADO 24/07/2019		ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO: <i>Dr. Jeferson</i>	



Data da Intimação: 24/07/2019 Hora: 20:30:23

 Sistema Único de 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 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 CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA		6 - N° DO PRONTUÁRIO 1951399	
7 - CARTELO DO SUS 703400262911014		8 - DATA DE NASCIMENTO 23/05/1967	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA PEREIRA DE LIMA		10 - SEXO Mas: <input checked="" type="checkbox"/> Fem: <input type="checkbox"/>	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) INACIO SEVERINO MARQUES , 144 , CENTRO		12 - CID-10 MUNICÍPIO 251394	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA São Domingos do Cariri		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO / 15 - UF PB	
16 - CEP 58485000		17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
<p><i>Dor + Edema + Deformidade em joelho Esquerdo após acidente em motocicleta</i></p>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
<p>Fratamento Envolvendo</p>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
<p>Fratura proximal da Tibia Envolvendo</p>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura proximal da Tibia Envolvendo		21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA 02		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 1X3 CRF	
29 - N° DOCUMENTO(CRS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - N° DOCUMENTO(CRS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA		32 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/07/2019	
33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		35 - () CNPJ DA SEGURADORA	
36 - () ACIDENTE TRABALHO TÉPICO		37 - N° DO BILHETE	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA	
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR		41 - CNAE DA EMPRESA	
() AUTÔNOMO		42 - COD. ORGÃO EMISSOR	
() DESEMPREGADO		43 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
() APOSENTADO		44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
() NÃO SEGUINDO			
AUTORIZAÇÃO			
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46 - COD. ORGÃO EMISSOR	
47 - DOCUMENTO 1X3 CRS		48 - N° DOCUMENTO(CRS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 1X3 CPF	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



Item	Apresentação	Prescrição	Medicamento
1	DIETA LIVRE A CRISEIRO	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 88/88	DIPRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML EV. I.COMP, 88/88
2			DIPRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML EV. I.COMP, 88/88
3			TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE EV. IFRA AMP, 12h/12h
4			DIUR em SF
5			Recomendação para ABD.
6		RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG	1 X DIA PELA MANHA
7		CUIDADOS GERAIS - SINAS VITAS	

EVOLUGAO
ORTOPEDIA
2 DIH
PCT SEGURO EM BEG, ESTÁVEL, CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS
DURÍSSE E EVACUAÇÕES PRESENTES
DATA: 28/07/2019 HORA: 10:29:21

MEDICO(A) ASSISTENTE: Hallisson Barros De Almeida / DATA: 28/07/2019

Clinica: MARIELA Endometriose 12 Letra: 3 Diagnóstico:

Nome da Med: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DI - 4

Nº do protocolo: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 52 Sexo: M

DADOS DO PACIENTE:

Médico (a) Diártico : Hallisson Barros De Almeida



28/07/2019 10.1.1.148/projeto/cg/imprprev.php?database=2019-07-28&controler=1951399&IDC=31902

28/07/2019 10.1.1.148/projeto/cg/imprprev.php?database=2019-07-28&controler=1951399&IDC=31902



29/07/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-07-29&contar=1951399&IDC=32201



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/07/2019

Horas: 10:26:00

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

10

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DI - 5 (DT)

Clinica:AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico:

CR

DIA 29/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP, 8h/8h	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	14 22 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSARIO	5W
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA	14 22 06
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:29/07/2019 HORA:10:25:50

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523

CD:

VPM

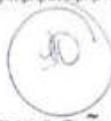
ADMARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues



31/07/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-07-31&contar=1951399&IDC=32817

GOVERNO
DA PARANÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55
 Data: 31/07/2019
 Horas: 11:18:30
 Médico (a) Diarista: Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

N° do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DI - 7

Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 31/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Apazramento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	SND
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	H. S. 10/08
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP, 8h/8h	H. 10/08
4	DIPIRONA SODICA 500 MG MI, 2 ML E.V. TAMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	H. 10/08
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
6	SE NECESSARIO RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHÃ	10/08
7	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 31/07/2019 HORA: 11:18:22

ORTOPEDIA

PCT SEGURO EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

 CD:
 VPM
 GUARDA CIRURGIA
 GNR

 ASSINATURA + CARIMBO
 Schubert Luigi Costa Rodrigues

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-07-31&contar=1951399&IDC=32817

1/1

<input type="checkbox"/> NAUSEA	<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ			CD/FR:
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA			CD/FR:
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA			CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT PELE PREJUDICADA			CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO			CD/FR:
<input type="checkbox"/>			CD/FR:
<input type="checkbox"/>			CD/FR:
<input type="checkbox"/>			CD/FR:
			CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
			FR: FATOR RELACIONADO
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO
MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS			ASSINATURA





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM						
NOOME:	Cayley Alboete Bernardini					
IDADE:	52	SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO:	/ /	
SETOR:	Pmavida		LEITO:	10	ás : h	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fr. Tibia						
ALERGIAS:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	<input type="checkbox"/> HIPOTENSO	<input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO	<input type="checkbox"/> HIPERTENSO			
SISTEMA NEUROLÓGICO:	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/> ORIENTADO			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	<input type="checkbox"/> DISPÉNICO	<input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO	<input type="checkbox"/> EUPNÉICO	BRADIPNÉICO		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> POLÚRIA	<input type="checkbox"/> OLIGURIA	SVD		
	<input type="checkbox"/> DUSÚRIA	<input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA	<input type="checkbox"/> ANÚRIA			
MOBILIDADE:	<input type="checkbox"/> DEAMBULA	<input type="checkbox"/> DEAMBULA C/ APOIO	<input type="checkbox"/> ACAMADO	S/ DEFICITE MOTOR		
TETRAPLEGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HEMIAPLEGIA	<input type="checkbox"/> PARESIA	RESTRITO NO PEITO		
SIST. GAS. RONENTEALINAL: (ETA)	<input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE			
ESTADO NUTRICIONAL:	<input type="checkbox"/> NUTRIDO	<input type="checkbox"/> DESNUTRIDO	<input type="checkbox"/> OBESO	CAQUÉTICO		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:	
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM						
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: procedimentos invasivos					
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	CD/FR:					
Bárbara Albuquerque V. Araújo COREN-PB 538.571-ENF	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA					
	FR: FATOR RELACIONADO					
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL						
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	<i>10 20</i>			<i>Barbara Albuquerque V. Araújo</i>		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.				<i>10 20</i>		
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.				<i>10 20</i>		
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 04 mL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MEDICA.				<i>10 20</i>		
<input type="checkbox"/> AVAIIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).				<i>10 20</i>		
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.				<i>10 20</i>		
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.				<i>10 20</i>		
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.				<i>10 20</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).	<i>M T N</i>			<i>Barbara Albuquerque V. Araújo</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<i>sempre</i>			<i>10 20</i>		
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE				<i>10 20</i>		
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	<i>continua</i>			<i>10 20</i>		

1020-234



RESULTADOS ESPERADOS:									
DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	REGISTROS	
								AVALIAÇÃO	
06/09/2020	10h30m	140/80						Boa condição estática e funcional. Exequente.	Assinatura / Carmo
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA									
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA									



GOVERNO
DA PARAÍBA

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?dataali=2019-07-30&contar=1951399&IDC=32493
CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 30/07/2019
Horas: 10:57:59

Médico (a) Diarista: Schubert Luigi Costa Rodrigues
DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1951399

Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA

Data de Nascimento: 23/05/1967

Admido: 24/07/2019 DI - 6

Clínica: AMARELA

Enfermaria: 12

Leito: 3

Diagnóstico:

50

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIA 30/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	5/5/2019
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML 1 FRASCO, 8h/8h	26-07-2019
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1 COMP, 8h/8h	22-07-2019
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML, E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	26-07-2019
	Diluir em SF	22-07-2019
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h	26-07-2019
	Reconstituir 2ML ABD.	22-07-2019
6	SE NECESSARIO	26-07-2019
7	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA	26-07-2019
	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	26-07-2019

VOLUÇÃO

TA:30/07/2019 HORA:10:57:52
TOPEDIA

SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS
ESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

2/4+

2A CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
CIRURGIA GERAL
CIRURGIA DA QUAMÍA
CRIA/PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

nasrilo

DORA

ASSINATURA

Barbara Almeida
COREH-PB

Barbara Almeida
COREH-PBBarbara Almeida
COREH-PBBarbara Almeida
COREH-PBBarbara Almeida
COREH-PBBarbara Almeida
COREH-PB

✓ POSICIONAR ✓
✓ MANTER A CABEÇA DU ✓
✓ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE IMA ✓
✓ RUBOR HIPEREMIA ✓
✓ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO ✓
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE ✓
SELECCIONADOS ACS DIAG. IDENTIFICADOS. AS CONDUTAS TOMADAS PELA
EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE



RESULTADOS ESPERADOS:								
REGISTROS								
DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO
03/08	09hs	130x70						Pac. e.g. consciente, orientado. medicado e.p.m. Clelia Aranha R.D.O. Caratcam Tec. de Enfermagem COREN-PB 385703
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA								
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA								



DADOS DO PACIENTE:	
Nº do protocolo: 1951399	Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA
Nome da Mae: MARIA PEREIRA DE LIMA	Data de Nascimento: 23/05/1967
Chmica: AMARELA	Endereço: 12
	Liqto: 3
	Diagnóstico:
DATA: 30/07/2019	
MEDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /	
Item	Prescrição
1	DIFETALIVRE A CRETENO SND
2	SOROFISIOLÓGICO 0,9% 500ML IFERSCO, 8h/8h
3	DIPRONA SODICA 500 MG VO, 1COM, 8h/8h
4	DIPRONA SODICA 500 MG ML EV, 1AMPOLA, 8h/8h TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE EV, 1FERA ANP, 12h/12h SE NECESSARIO Responsible: ZULY ARB.
5	DIURINA SODICA 500 MG ML EV, 1AMPOLA, 8h/8h TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE EV, 1FERA ANP, 12h/12h SE NECESSARIO Responsible: ZULY ARB.
6	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA
7	CUDADOS GERAIS + SINAS VITais AV

EVOLOGIA

DATA: 30/07/2019 HORA: 10:57:52

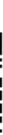
ORTOPEDIA

PCT SEGURO EM BEG, ESTAVEL, CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS
DIVERSE E EVACUAÇÕES PRESENTES

CD: VPA VIDA CIRURGIA
DE: Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
CRM/PE: 3533

ASSINATURA + CARMIBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

DOB: 2/4+



MEDICO(A): Crismaros Rodrigues da Silva (CRM/PB-333) /
DATA DE 08/2019
Item Prescrição Apresentação

ESTADÍSTICAS DE LA PESCA EN EL MUNICIPIO DE TIRIBA, LOS SUCRE, VENEZUELA

Digitized by srujanika@gmail.com

Patente: CAPÍTULOS AVANZADOS DE PPT | Página 195 de 199

DADOS DO PACIENTE:

PRESCRICAO MEDICA

www.mechanicsmag.com

Digitized by srujanika@gmail.com

CNPJ: 10.848.190/0001-55

10 1 14B/onlineelp/marina/2019-08-01-a/cntrare/199199911C=32915
1/08/2019



www.mechanicsmag.com

10.1.148/proiecthcg/muprevo.php?data=2019-08-01&contar=1951399&IDC=32915

onicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES







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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM						
NOOME:	<i>Carvalho Alberto B. de Faria</i>					
IDADE:	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO:	/ /	às : h	
SETOR:	<i>Amarela</i>					
LEITO:	<i>10</i>					
DIAGNÓSTICO MÉDICO.						
ALERGIAS:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO	<input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSO	<input type="checkbox"/>
SISTEMA NEUROLOGICO:	CONSCIENTE	<input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/>	ORIENTADO	<input type="checkbox"/>
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO	<input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO	<input type="checkbox"/>	EUPNÉICO	<input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL	<input type="checkbox"/>	POLÚRIA	<input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA	<input type="checkbox"/>
	DUSÚRIA	<input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA	<input type="checkbox"/>	ANÚRIA	<input type="checkbox"/>
MOBILIDADE:	DEÂMBULA	<input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO	<input type="checkbox"/>	ACAMADO	<input type="checkbox"/>
	TETRAPLEGIA	<input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA	<input type="checkbox"/>	PARESIA	<input type="checkbox"/>
SIST. GAS. RONENTEATINAL (DIETA)	VO	<input type="checkbox"/>	SNG	<input type="checkbox"/>	SNE	<input type="checkbox"/>
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO	<input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO	<input type="checkbox"/>	OBESO	<input type="checkbox"/>
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:	
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM						
RISCO DE QUEDA	<input type="checkbox"/> CD/FR:					
RISCO DE ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/> CD/FR:					
RISCO DE INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> CD/FR:					
RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	<input type="checkbox"/> CD/FR:					
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	<input type="checkbox"/> CD/FR:					
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/>	RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> CD/FR:			
RISCO DE SANGRAMENTO	<input type="checkbox"/> CD/FR:					
NÁUSEA	<input type="checkbox"/> CD/FR:					
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/>	DOR CRÔNICA	<input type="checkbox"/> CD/FR:			
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> CD/FR:					
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> CD/FR:					
DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/>	ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/>	PARA BANHO	<input type="checkbox"/> CD/FR:	
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> CD/FR:					
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> CD/FR:					
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	<input type="checkbox"/> CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CD/FR:					
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA						
FR: FATOR RELACIONADO						
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL						
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA		
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.						
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR						
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.						
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 04 mL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.						
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).						
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.						
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.						
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.						
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR Hiperemia).						
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.						
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE						
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.						

Mod 125



171

10.1.148/projetohtml/imprrevapd.php?datasai=2019-08-02&contraf=1951399&IDC=33252

Crismares Rorrigues da Silva (CRAI/PB-333)

VPM
CD:
SUDRA CIRURGIA

EXAMS OK

BILLETTE E REVOLUÇÕES PRESENTES

BECG, ESTAVEL CLINICAMENTE

ORTOPEDIA FRATURA TIBIA ESOQUEADA Data de Intervenção: 24/07/2019

DATA:02/08/2019 HORA:07:02:26

Item	Apresentamento	Prescritão	Avaliação	MEDICO(A): Crismeros Ribeiroes da Silva (CRM/PR-3335)
1	DITRALIVRE A CRETÉRIO	Préterido		
2	SORO FÍSIOLOGICO 0,9% 500ML	IFRASCO, 8h/8h		
3	DIPRONA SODICA 500 MG	V.O. 1COM/8h		
4	DIPRONA SODICA 500 MG/ML 2ML	EV. 1AMPOLA, 8h/8h		
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE	EV. 1FLRA AND. 12h/12h		
6	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG	SE NECESARIO 2COP/2ML ABD.		
7	CUDADOS GERAIS + SINUS VTAIS	1X DIA PELA MANHA		

MONITORING THE ENVIRONMENTAL CONSEQUENCES OF POLYMERIZATION 69923

Nome da Mãe: MARIA PFERDRA DE LIMA
Data de Nascimento: 23/03/1967 Admesso: 24/07/2019 DNI: 9-6

MANUAL DE USO

PRESCRICAO MEDICA

Horas: 07:00-20:30
Medicoo (a) Difesa: Crismicos Radiogunes da Silva (CRM/PB-3333)

GOVERNADOR DA PARANÁ

55-1000198014-14

610320170



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576>

Num. 33827511 Pág. 28

03/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-03&contar=1951399&IDC=33750



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/08/2019

Horas: 10:31:23

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

10 06

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DIH - 10

Clinica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESQUERDA

DIA 03/08/2019

MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	X 2.T
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	X 22-06 → feito breve
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP, 8h/8h	X 22-06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	X 22-06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRAMPOL, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD. SE NECESSARIO	X 24
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA	06
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	2.T

EVOLUÇÃO

DATA: 03/08/2019 HORA: 10:31:12

ORTOPEDIA FRATURA TIBIA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+
EXAMES OK

CD:
VPM
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965 / CRM/RN-0320



04/08/19 - 08hs20min - PA: 130x80

Pcte esse EOR, consciente e orientado, com AVP,
aberto a talo choje para verificar estado da
pele, todo integral no local da fratura, ape-
nas raladuras no joelho. Sem dor no momen-
to, segue aos cuidados de enfermagem.

Kelly Fernanda N. MOL
TÉC. ENFERMAGEM
COREN/PI 099.62

04/08/19 20h PA: 140x80 mmHg.

Pcte estéril, queda > de aero em
mais espurada, orientado a falar com os
medicos residentes pela manhã. Sem
intervenções. MCP n-

} Valida



PRESCRITO MEDICO:

Nº do paciente: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M
 Nome da mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DH - II
 Clínica: ORTOPEDIA I Endereço: 10 Lote: 4 Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESGUERDA
 DIA: 04/08/2019 MEDEICO(A): Wagner Luiz Esteve De Araujo /

Hem	DIETALIVRE A CRETENO	Prescrição	Apresentação
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	IFRASCO, 8L/8L	
3	DIPRONA SODICA 500 MG V.O. 1COM/8L/8H	EV. LAMPOLA, 8L/8L	
4	Dipirona Sodica 500 MG/ML 2ML	EV. LAMPOLA, 8L/8H	
5	TENOTICAM 20 MG SEM DILETENE	EV. FERA AMP, 12L/12H	
6	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG	6X DIA PELA MANHA	
7	CUDADOS GERAIS + SINUS VITAS		

EVOLUÇÃO:
 DIA: 04/08/2019 HORA: 11:13:39 ORTOPEDIA FRATURA TIBIA ESGUERDA Data de Internamento: 24/07/2019
 BBG, ESTÁVEL, CLINICAMENTE
 DIRESE E EVACUAÇÕES PRESENTES
 EXAMES OK
 CD: VPAG
 AGUARDA CIRURGIA
 DCL: Wagner Luiz Esteve De Araujo
 ASSISTENTE: Wagner Luiz Esteve De Araujo



D - 05 - 08 - 19

H - 08:00

RA - 120 x 80

Pacote comum
orientado verticalmente
acrosso tracado o
mesmo aguarda
envelope e segura
nos cantos da
espalha.

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE

D - 05 - 08 - 19

H - 20:00

RA - 120 x 80

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE



DADOS DO PACIENTE:	
Nº do preenchimento: 1951399	Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDO DE LIMA
Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA	Data de Nascimento: 23/05/1967
Dados: 05/08/2019	Admissão: 24/07/2019 DH - 12
Móvel/fixo (a) Distríbua: Wagner Luis Egito De Araújo	Endereço: Rua das Flores, 10 - Lote: 4 - Distrito: FRATURA TRIBA ESQUERDA
DATA: 05/08/2019	
ITEM	
1	DIETA LIVRE A CRISETRIO SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 8L/8L
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. ICOM, 8L/8L
3	TENOXICAM 20 MG SEM DIETETNE EV. IFRA AMP, 12ML
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML EV. IAMPOLA, 8L/8L
5	TENOXICAM 20 MG SEM DIETETNE EV. IFRA AMP, 12ML
6	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4 ML S.C. ISERNIGA, 24L/24H (ADM AS 24H)
8	CUDADOS GERMAS + SINAS VITIAS
EVOLUÇÃO	
BEG, ESTAVEL, CLINICAMENTE	
ORTOPEDIA FRATURA TRIBA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019	
DATA: 05/08/2019 HORA: 11:39:22	
DISESE E EVACUAGENS PRESENTES	
CD: VPM AGUARDA CIRURGIA	
EXAMES OK	
DOR: 2/4+	
Wagner Luis Egito De Araújo	
ASSINATURA - CARINHO	
CRM - PB 8926	
DR. WAGNER LUIZ EGITO DE ARAÚJO	



06-08-19

Paciente estabil, bem querido,
medicado, segue as orientações
da Enfermagem.

QD

PA - 130 x 90

FC - 97

06-08-19

Paciente estabil, consciente,
medicado, segue as orientações
da Enfermagem.

PA - 120 x 80 QD

FC - 57



MEDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /	
CRM/ORTOPEDIA 1 Entomologia 10 Liso: 4 Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESQUELETRADA	
Nome da Mae: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissao: 24/07/2019 DH: 13	
Nº do protocolo: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M	
DADOS DO PACIENTE:	
PRESCRICAO MEDICA Item Prescrição Apresentação 1 DIETALIVRE A CRETÉRIO 2 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML FRASCO. 848ml 3 DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML V.O. ICPNP. 848ml 4 DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. 848ml 5 TENOXICAM 20 MG SEM DIULINTE E.V. IFEIA AMR. 12/12h 6 RANTHIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DI PELA MANHA 7 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/4 ML SC. ISENGA. 24h 24h (ADM AS 23h) 8 CUDADOS GERAIS + SINAS VITAS	
DATA: 06/08/2019 HORA: 12:02:29 ORTOPEDIA FRATURA TIBIA ESQUELETRADA Data de Internamento: 24/07/2019 BEG. ESTÁVEL CLINICAMENTE DIRUSES E EVACUAGÖES PRESENTES DOB: 24+ EXAMES OK	
CD: VPM AGUARDANDO CIRURGIA	
ASSINATURA + CARMÍBO Wagner Luiz Egito De Araujo	



09/08/19 consciente, orientado, aceita dieta, em
nenocose. Aferido P.A = 140x80; P=81. Seguem
os medicamentos. Ana Nery.

Ana Nery de Lourdes
COREN-PB 250705-TE

09/04/19 20:00hs

P.A 180x80

Débora



PRESCRITO MEDICO	
DADOS DO PACIENTE:	
Nº do protocolo: 1951399	Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA
Nome da Mfc: MARIA PEREIRA DE LIMA	Data de Nascimento: 23/05/1967
Médico (a) Diátesis: Wagner Luiz Egito De Araújo	Diagnóstico: FRATI/RÁ TIRIA ESQUERDA
Clínica: ORTOPEDIA 1	Especialidade: fio
DATA: 09/08/2019	Prescrição
MEDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araújo /	
Item	Apresentamento
1	DIETA LIVRE A CRETÉRIO
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML FRASCO. 8L/8L
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG V.O. COM 8ML EV. IAMPOLA. 8ML
4	Dipirona Sódica 500 MG/ML 2 ML EV. IAMPOLA. 8ML
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE EV. IFLA AMB. 12ML
6	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML SC. ISERTINGA 24H (ADM AS 23H)
8	CUTADOS GERAIS + SINUS VITAS
EVOLUÇÃO	
DATA: 09/08/2019 HORA:12:37:00	
ORTOPEDIA FRATI/RÁ TIRIA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019	
BEG. ESTÁVEL CLINICAMENTE	
DI/RESE E EVACUAÇÕES PRESENTES	
CD: VPM AGARDADA CIRURGIA	
DOB: 2/4+ EXAMES OK	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576>

Número do documento: 20090110121944500000032364576

09/08/2019

Num. 33827511 - Pág. 38



10/08/19 14:00h Paciente aguarda procedimento cirúrgico, segue os
P.H 120x60 cuidados da enfermagem.
Debara

10/08/2017

22:00

PD - 120170 P.



10/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-08-10&contar=1951399&IDC=35975

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
 Data: 10/08/2019
 Horas: 12:55:50
 Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PREScrição MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DIH - 17

Clinica:ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESQUERDA

DIA 10/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	<i>16-20-24</i>
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	<i>16-20-24</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	<i>16-20-24</i>
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	<i>(SUSP)</i> <i>1</i>
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSARIO	<i>18-24</i>
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA v.c	<i>18-24</i>
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	<i>20-20</i>
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:10/08/2019 HORA:12:55:27

ORTOPEDIA FRATURA TIBIA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+
EXAMES OK

CD:
VPM
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA - CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo
Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDICO/CLIVATROLOGIA
CRM / PE 8926



P.A = 140x80 10'30
11 Recinto EGR medicado
08 segue nação os diuré-
dos Glister

16:00
Paciente medicado Pela
Venosa e Encalhado OVO
Paciente sem queixa nega
relate os efeitos colaterais

11/08/10 20:30hs
P.A.: 120x80 mm Hg

Paciente segue nos
evidências da enfer-
magem. m e p.m.

Administrada
Dipirona EV
Maria Cavalcante Ribeiro
COREN-PB 177.451-TE



11/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-08-11&contar=1951399&IDC=36127



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 11/08/2019
Horas: 09:14:27
Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PREScrição MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DHH - 18
Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESQUERDA

DIA 11/08/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP, 8h/8h	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	24/08/2019 00/09/2019 25/08/2019
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD. SE NECESSARIO	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA	06/09/2019
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 20h)	20/08/2019
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 11/08/2019 HORA: 09:14:20

ORTOPEDIA FRATURA TIBIA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+
EXAMES OK

CD:
VPM
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARAMBÔ
Wagner Luiz Egito De Araujo

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-08-11&contar=1951399&IDC=36127

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576>
Número do documento: 20090110121944500000032364576

Num. 33827511 - Pág. 42

D - 12 - 08 - 19

H - 08:00

PA - 140 x 70

Paciente consciente orientado
medido quando circun-
ferência - seguir as
instruções da enfermagem.

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 938.700-TE

D - 12 - 08 - 19

H - 20:00

PA - 150 x 70

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 938.700-TE



CRM - PE 8926
 DR. WAGNER LUIZ EGELIO DE ARAUJO
 ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA
 DR. Wagner Luiz Eglio de Araujo

- Sua saudade
 - Amor seu amor

AGULHADA CIRURGIA
 VPM

EXAMES OK
 DOB: 2/4+

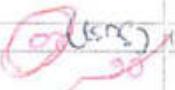
DIRESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

BEC, ESTÁVEL CLINICAMENTE

ORTOPEDIA FRATURA TIBIA ESQUELETA Data de Internamento: 24/07/2019

DATA: 12/08/2019 HORA: 12:40:59

EVOLUÇÃO

	8 CUIDADOS GERIAIS + SINAIS VITais
7 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/4 ML SC, ISOTRINCA, 24h/24h (ADM AS 24h)	6 1 X DIA PELA MANHA
6 RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG V/C	5 RECOMENDAÇÕES
5 TENOXICAM 20 MG SEM DILETTE EV, IFRA AMD 12h/12h	4 Deltaritin SF (645g) 1/2/3/4
4 DPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML EV, IAMPOLA, 8h/8h	3 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 8h/8h
3 DPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML VO, ICOND 8h/8h	2 DIFETALMIDE ACETILTRIOPO 1000 mg/dia 00h
1 DIFETALMIDE ACETILTRIOPO Prescrita dia Apresentando	SN

MEDICOS(A): Wagner Luiz Eglio De Araujo /
 DATA: 12/08/2019

Clínico ORTOPÉDIA Examinante: 10 Letra: A Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESQUELETA

Nome da Mkt: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/03/1967 Adresso: 24/07/2019 DNI: 19

N° do prenuptio: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

DADOS DO PACIENTE:

PRESRICAO MEDICA

Médico (a) Doutora: Wagner Luiz Eglio De Araujo



Hora: 12:41:06 Data: 12/08/2019 CNPj: 10.848.190-0001-55

10.1.1.148/projeto/hg/imprpivo.php?database=2019-08-12&conId=1951399&IDC=36495

12/08/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576

Número do documento: 20090110121944500000032364576

13-08-19

Paciente astômico, pós cirurgia,
consequente a hérnia gástrica
reducida e não dor embolsa
do Enfermeiro.

PA - 130 +80 c.s.

PC - f.2



13/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-08-13&contar=1951399&IDC=36826



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/08/2019

Horas: 16:23:11

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

OK PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DIH - 20

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESQUERDA

DIA 13/08/2019

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 8h/8h	25/08
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	24/08
4	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	22/08
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	22/08
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSARIO	5/09
7	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA	06
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	01/09

EVOLUÇÃO

DATA: 13/08/2019 HORA: 16:22:45

POI SEM INTERCORRENCIAS.

CD: VPM + RX

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio Alves Cruz
13/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-08-13&contar=1951399&IDC=36826

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576

Número do documento: 20090110121944500000032364576

Num. 33827511 - Pág. 46

14/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-08-14&contar=1951399&IDC=37078



GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/08/2019

Horas: 12:17:27

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DIII - 21

Clinica:ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA TIBIA ESQUERDA

DIA 14/08/2019

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP, 8h/8h	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD. SE NECESSARIO	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG IX DIA PELA MANHA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:14/08/2019 HORA:12:16:40

ORTOPEDIA FRATURA TIBIA ESQUERDA Data de Internamento: 24/07/2019

BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

EXAMES OK

PACIENTE EM 01 DPO SEM INTERCORRENCIAS

ALTA HOSPITALAR: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, ATESTADO MÉDICO, RETORNO CASO INTERCORRENCIAS, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA, PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS. DIPERONA 1G VO 6/6H CASO DOR, ARFLEX 200MG IX AO DIA POR 06 DIAS, XARELTO 10MG VO IX AO DIA POR 28 DIAS

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-08-14&contar=1951399&IDC=37078

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576

Número do documento: 20090110121944500000032364576

Num. 33827511 - Pág. 47

14/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Md. Hermann Peixoto, 4700 - Mâltivias, Campina Grande - PB, CEP: 58402-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 14/08/2019

NOME: Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO DA PARAÍBA



LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Data da Internação: 24/07/2019 Data da Alta: 14/08/2019

Registro: 1951399

Tempo de Permanência: -18102

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: 0408050551

Principais Exames: EXAME FÍSICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OSTEOSÍTESE Data: 13/08/2019

Equipe:

Cirurgião: JOSE FELIPE GUEDES

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM Perna ESQUERDA, COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM Perna ESQUERDA, FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, ATESTADO MEDICO, RETORNO CASO INTERCORRENCIAS, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA

Medicações para Casa:: PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPERONA 1G VO 6/6H CASO DOR, ARFLEX 200MG 1X AO DIA POR 06 DIAS, XARELTO 10MG VO 1X AO DIA POR 28 DIAS

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATORIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHIAÇÃO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta:: Melhorado

Data: 14/08/2019

Assinatura/Cartilha:
Wagner Luiz Egito De Araujo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Wagner Luiz Egito De Araujo



24/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/07/2019

Horas: 20:59:05

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)



GOVERNO
DA PARÁBA

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18101

Clinica:AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico: Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA:24/07/2019 HORA:20:58:40

ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TRAUMA NA Perna ESQUERDA COM DOR + DEFORMIDADE

TRAUMA OUTROS DIVERSOS (OMBRO e TORAX)

SOLICITADO EXAMES PRE-OPERATORIOS

ECG + AVALIAÇÃO CARDIOLOGICA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)



4/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 24/07/2019

Horas: 20:52:43

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)



04

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 24/07/2019

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	SND / A P.
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	8h
4	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP, 8h/8h	8h/8h
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSARIO	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA	05 CB.
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	





25/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/07/2019

Horas: 10:00:20

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18102

Clinica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico: Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 25/07/2019 HORA: 10:00:13

ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TRAUMA NA Perna ESQUERDA COM DOR + DEFORMIDADE

TRAUMA OUTROS DIVERSOS (OMBRO e TORAX)

SOLICITADO EXAMES PRE-OPERATORIOS

ECG + AVALIAÇÃO CARDIOLOGICA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523



27/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/07/2019

Horas: 10:02:54

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18103

Clinica:AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico: Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA:26/07/2019 HORA:10:02:39

ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TRAUMA NA Perna ESQUERDA COM DOR + DEFORMIDADE

TRAUMA OUTROS DIVERSOS (OMBRO e TORAX)

SOLICITADO EXAMES PRE-OPERATORIOS

ECG + AVALIAÇÃO CARDIOLOGICA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDISTA / MASTOLOGIA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PE 5523



7/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 26/07/2019

Horas: 10:02:09

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues



OK
OK

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Sexo: M

Clinica:AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico:

DIA 26/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	
	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	10 20 30
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	10 20 30
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	10 20 30
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	10 20 30
5	Reconstituir 2ML ABD, SE NECESSARIO	10 20 30
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA	10 20 30
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	10 20 30

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRURÍGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523



27/07/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-07-27&contar=1951399&IDC=31593



GOVERNO DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/07/2019

Horas: 09:49:18

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1951399 Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA Idade: 052 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 23/05/1967 Admissão: 24/07/2019 DI - 3

Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 3 Diagnóstico:

10

DIA 27/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	05-07-2019
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 8h/8h	34-22-06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 1COMP, 8h/8h	34-22-06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	14-22-06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD. SE NECESSARIO	e.t.
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG 1 X DIA PELA MANHA	10
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	e.t.

EVOLUÇÃO

DATA: 27/07/2019 HORA: 09:49:09

REG. ESTÁVEL

NV: OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo Falcao





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento
0081

Hospital: _____ **Código:** _____

Procedimento: *Revisão de procedimentos* **Cód. Procedimento:** _____

Paciente: JOSE LUIS GOMEZ - 0000000000000000

Data da Circunferência: 12/05/2018 Nro. de estruturas: 49/513 Comprimento:

Convenio: _____

DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

OBS : O PREenchimento do REONTE/ABIO é OBRIGATÓRIO

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Entrega N.º 5 nome: _____

Site de suporte: www.sistech.com.br

Dr. Euler Fährtlo : 0700

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodóro Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

DN 2.20567

PACIENTE: Carlos Alberto Bernadino de Lima					GOVERNO DA PARAIBA
QD.	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
		Serg	52 Anos	1951345	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
CIRURGIA: Coagulo Fibras CIRURGÃO: Dr. Felipe + Dr. Gutten de Balcosius E.					
ANESTESIA Pavoni		ANESTESIA Dr. Duccio			
INSTRUMENTADORA Flávio 13-08-19		DATA	INÍCIO 15:00	FIM 16:20	
Qd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalinamp.	Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp	Cotonolde		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Drôno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogomas		Ethibond	
01	Marcaina 0,2% ml	Equipo de Macrogomas		Ethibond	
	Metrilmida amp	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Propiomazine amp.	Espadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulupak	
	Protektol 1ml	Furacain ml		Fio de Algodão Sulupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c. 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml		Mononylon	
	Thiogembutol ml	Intracath Adulto	03	Mononylon 2.0	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
04	Maria Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5	01	Vicryl Sertix	
	Flabocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio ml			
	Glucuron de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemaccel ml	PVPi Degemerante ml			
	Heparema ml	PVPi Tópico ml			
	Kanakinon amp.	Sabão Antisséptico		SOROS	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrolazol	Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
	Piasi amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Proglamina	Seringa desc. 05 ml	02	SG Ringer fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda		SG fr 500 ml	
	Stupraxon amp.	Sonda Iodrey			
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica			
		Sonda Uretrol nº			
		Sterylidene ml			
		Torneirinha			
Qd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaseline ml			
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28	Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05 eletrrodos			
01	Aguilha p/ raque nº 25			Oxímetro de Pulso	(<input checked="" type="checkbox"/>) Foco Auxiliar
	Alcool de Enfriamento	7072		Serra	(<input checked="" type="checkbox"/>) Eletrocautério
	Alcool Iodado ml			Desfibrilador	(<input type="checkbox"/>) Oxicapiôgrafo
04	Aladuras de Crepon	13		Foco Frontal	(<input checked="" type="checkbox"/>) Cardiomonitor
	Aladuras de Gesso			Fonte de Luz	(<input checked="" type="checkbox"/>) Perfurador Elétrico
03	Anticoagulante				
	Benzina ml				
EQUIPAMENTOS					
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso (<input type="checkbox"/>) Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Serra (<input checked="" type="checkbox"/>) Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador (<input type="checkbox"/>) Oxicapiôgrafo <input type="checkbox"/> Foco Frontal (<input checked="" type="checkbox"/>) Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Fonte de Luz (<input checked="" type="checkbox"/>) Perfurador Elétrico					
CIRCULANTE RESPONSÁVEL					
Vanilda Lira da Motta TÉC. DE ENFERMAGEM COREN - PE 703.722					



DE Schubert Cosme
C.R.P. 5523
Commissioner of Customs
DECEMBER 20, 1906

PRESCRIGAO MEDICA



Melodie (a) Dimitris : Schubert Liedig Costa Rodrigues
Horas: 09:30:50
Data: 25/07/2019

25/07/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576>
Número do documento: 20090110121944500000032364576

Num. 33827511 - Pág. 58





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

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Enílson Oliveira Ribeiro Idade: 51
Convênio: Data: 13/08/39
Procedimento: TC e apico Ex da amigdala E

Observações:
Voluntariado e voluntade, não é um voluntário voluntariamente.
Só quererem fazer guerra! Volte de 5 APPB

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MAP 102



13/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 13/08/2019



Número do Prontuário: 151424 DATA DA CIRURGIA: 13/08/2019

Número do Atendimento: 1951399 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 10 / Lei: 4

Descrição Cirúrgica

Nome do Paciente: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Data da Internação: 24/07/2019

Atendimento: 1951399

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE OSSOS DA Perna ESQUERDA

Diagnóstico Pós-Operatório:

(0) mm/mg

Cirurgia: OSTEOSÍNTESE

Data da Cirurgia: 13/08/2019

Equipe:

Cirurgião: JOSE FELIPE GUEDES

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: FLAVIO

Anestesista: DIEGO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM FACE ANTERO-MEDIAL DE Perna ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO INCRUENTA DO FOCO DE FRATURA SOB ESCOPIA;
5. OSTEOSÍNTESE COM PLACA EM "L" ESQUERDA DE 12 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS SOB ESCOPIA;
6. SUTURA + CURATIVO.

Data 13/08/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio A. Cruz
Médico Cirurgião
Ortopedista

10.1.1.148/projetohtcg/impreddescri.php?ID=3317&contar=1951399

1/



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576

Número do documento: 20090110121944500000032364576

Num. 33827511 - Pág. 62

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

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Bonito, Alcides B. Lima IDADE: 52 SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 25/07/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligosintomática

SINTOMAS:

- | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cefaléia | <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Sincopse |
| <input type="checkbox"/> Dispneia de esforço | <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Pequena |
| <input type="checkbox"/> Palpilações | <input type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Orthopneia |
| <input type="checkbox"/> Dor Precordial | <input type="checkbox"/> Tosse Seca | <input type="checkbox"/> Expectoração |
| Relacionada: <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Típica | <input type="checkbox"/> Atípica |
| | <input type="checkbox"/> Emoções | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |
| | <input type="checkbox"/> Frio | |

Comentários: _____

2 - TOLOGIAS EM CURSO:

- | | | | |
|---|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica N | <input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar | <input type="checkbox"/> DPOC | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus N | <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca Congestiva N | <input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana N | |
| <input type="checkbox"/> Arritmias | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crônica |

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- Alergia a Medicamentos: metformina Tabagismo
 Etilismo Sedentarismo
 Dislipidemia Cirúrgico rebatina Outros
colostomia DCE

Medicamentos em uso Não Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Allura Peso

Ex. Cardiovascular - Comentários: PCR, ST, DVC

F.C.: 94 b.p.m PA: 130 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: R. sinusal, arritmia

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

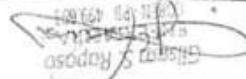
Obs.: _____

[Assinatura]

Ass. do Médico

MOD. 040





Carmo da Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 05/08/19 HORA: 9:30

Pele: (/) Corada (/) Hipocorrada (/) Cianose (/) Sudorese (/) Fria (/) Arrepios.	Drogas vasodilatadoras: (/) Quais?	Tempo de enchimento capilar: (/) ≤ 3 segundos; (/) > 3 segundos. (/) Turgência jugular: (/) Precoerdialgia (/) Ausculta cardíaca: (/) Ritmica (/) Arritmica (/) Sopro (/) Outro. Marcapasso: (/) Transstírito (/) Definitivo. Gástrica vesicular: (/) Periferico (/) Central (/) Dissecção. Localização: <i>Abdomen</i> . Data da punção: <i>05/08/19</i>
Alimentação: (/) V.O (/) SNG (/) SNE (/) Gastronomia (/) Jejunostomia (/) N.Pt. Horas: _____ Data: _____	Alterações: (/) Inapetência (/) Distensão (/) Diarreia (/) Retenção (/) Inconsciência (/) Hematúria (/) SVD: Débito mililitros (/) Outros: _____ Observações: _____	
RHA: (/) Normotivos (/) Ausentes (/) Diminuidos (/) Aumentados	Gonalgia da pele: (/) Normocorrada (/) Hipocorrada (/) Escorragões (/) Outros: _____ Observações: _____	
Eliminação intestinal: (/) Normal (/) Líquida (/) Constipado há dias (/) Outros: _____ Observações: _____	Gonalgia das mucosas: (/) Umidas (/) Secas Manifesteragões de sede: (/) Observações: _____	
Drano: (/) Tipo/Apects: _____ Descrição: _____ Relatado em: _____ Curativo: _____	Imisão clitorigica: (/) Local/Apects: _____ Descrição: _____ Relatado em: _____ Curativo: _____	
Cuidado corporal: (/) Independente (/) Dependente (/) Parcialmente dependente. Observações: _____	Limpidez corporal: (/) Salpicada (/) Insatisfatória (/) Higiene Corporal: (/) Satisfatória (/) Insatisfatória.	
Comunicação,gregaria e segurança emocional:	Comunicação: (/) Preservada (/) Preservada Sentimentos e comportamentos: (/) Cooperativo (/) Medo.	
Socialização e adaptações socioculturais:	Religião / Religiosidade e/ou espiritualidade:	
SONG E REPOUSO	Type: (/) Praticante (/) Não praticante. Observações:	
(/) Preservado (/) Insomniá (/) Dorme durante o dia (/) Sonno intrompido. Observações:	INTERCORRÊNCIAS	





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Alberto Bernardini | Registro: 16 | Leito: 4 | Setor Atual: UTI P2

SINALS VITAIS

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível da consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outr
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

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

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

Linguagem: Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

Eupnéia; Taquipneia Bradipneia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruídos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: D E Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



raje: (<input checked="" type="checkbox"/> Corada (<input type="checkbox"/> Hipocorada (<input type="checkbox"/> Cianose (<input type="checkbox"/> Sudorese (<input type="checkbox"/> Fria (<input type="checkbox"/> Aquosa	Precordalgia (<input type="checkbox"/>	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/> > 3 segundos. (<input type="checkbox"/> Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>		
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/> Quais?		
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/> Rítmica (<input type="checkbox"/> Arrítmica (<input type="checkbox"/> Sopro (<input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/> Transitório (<input type="checkbox"/> Definitivo		
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/> Periférico (<input type="checkbox"/> Central (<input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: M.S.F Data da punção 05/08		
Edema: (<input type="checkbox"/> MMSS (<input type="checkbox"/> MMII (<input type="checkbox"/> Face (<input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:		
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)		
Tipo somático: (<input type="checkbox"/> Nutrido (<input type="checkbox"/> Emagrecido (<input type="checkbox"/> Caquético (<input type="checkbox"/> Obeso.		
Dentição: (<input type="checkbox"/> Completa (<input type="checkbox"/> Incompleta (<input type="checkbox"/> Prótese.		
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/> VO (<input type="checkbox"/> SNG (<input type="checkbox"/> SNE (<input type="checkbox"/> Gastrotronomia (<input type="checkbox"/> Jejunostomia (<input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ___/___/___		
Alterações: (<input type="checkbox"/> Inapetência (<input type="checkbox"/> Disfagia (<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/> Vômito (<input type="checkbox"/> Pirose (<input type="checkbox"/> Outros:		
Abdômen: (<input type="checkbox"/> Normotônico (<input type="checkbox"/> Distendido (<input type="checkbox"/> Tenso (<input type="checkbox"/> Ascítico (<input type="checkbox"/> Outros:		
R.H.A: (<input type="checkbox"/> Normoátivos (<input type="checkbox"/> Ausentes (<input type="checkbox"/> Diminuídos (<input type="checkbox"/> Aumentados		
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/> Líquida (<input type="checkbox"/> Constipado há dias (<input type="checkbox"/> Outros:		
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (<input type="checkbox"/> Retenção (<input type="checkbox"/> Incontinência (<input type="checkbox"/> Hematuria (<input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;		
Aspecto: (<input type="checkbox"/> Outros: Observações:		
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA		
Condição da pele: (<input type="checkbox"/> Integra (<input type="checkbox"/> Ressecada (<input type="checkbox"/> Equimoses (<input type="checkbox"/> Hematomas (<input type="checkbox"/> Escoriações (<input type="checkbox"/> Outro:		
Coloração da pele: (<input type="checkbox"/> Normocorada (<input type="checkbox"/> Hipocorada (<input type="checkbox"/> Ictérica (<input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Preservado		
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/> Úmidas (<input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)		
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____ Curativo em: ___/___/___		
Dreno: (<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ___/___/___		
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ___/___/___		
CUIDADO CORPORAL		
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/> Independente (<input type="checkbox"/> Dependente (<input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:		
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória (<input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: (<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória (<input type="checkbox"/> Insatisfatória.		
Limitação física: (<input type="checkbox"/> Acamado (<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/> Outro:		
SONO E REPOUSO		
(<input checked="" type="checkbox"/> Preservado (<input type="checkbox"/> Insônia (<input type="checkbox"/> Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:		
AVOIDAR NEUTRALIZAR ASPECTOS PSICOSOCIAIS		
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL		
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/> Preservada (<input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo (<input type="checkbox"/> Medo (<input type="checkbox"/> Ansiedade (<input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/> Outros:		
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE		
Tipo: (<input type="checkbox"/> Praticante (<input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:		
INTERCORRÊNCIAS		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	DATA: 06/08/2019	HORA: 10:00
FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).		



Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudoresa () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()

Precordialgia ()

Drogas vasoativas: () Quais?

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: MJE Data da punção 05/08

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: () Normotônico () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica | Turgor da pele: () Preservado

Condições das mucosas: () Úmidas () Secas | Manifestações de sede: ().

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:

Curativo em: / /

Dreno: () Tipo/Aspecto:

Débito:

Retirado em: / /

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória | Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

SONO E REPOUSO

() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:

AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE PACIENTE SOLITARIO

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: () Preservada () Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Med

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

RELAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Paciente com fratura MJE fixada de
talo, aguarda cirurgia

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Gilson Moreira
ENFERMEIRO

DATA: 07/08/19

HORA:

8.30

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Paulo Almeida Bernardino* | Registrado: *30* | Leito: *1* | Setor Atual: *ORTOP*

AVOIDO CERAI

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gesometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Período:	(<input checked="" type="checkbox"/> Gordas) (<input type="checkbox"/> Hipocordada) (<input type="checkbox"/> Cianose) (<input type="checkbox"/> Sudorese) (<input type="checkbox"/> Fria) (<input type="checkbox"/> Mau humor)
Tempo de enchiamento capilar: () Quatro? (<input type="checkbox"/> 5-3 segundos; (<input type="checkbox"/> >3 segundos. (<input type="checkbox"/> Turgência jugular: ()	
Auscultta cardíaca: () Rítmica (<input type="checkbox"/> Artimíca) (<input type="checkbox"/> Sopro) (<input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: () Transistoric (<input type="checkbox"/> Definitiva) Drogas Vesselares: () Quatro?	
Cateter Vascular: (<input checked="" type="checkbox"/> Periferico) (<input type="checkbox"/> Central) (<input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: () Data da punção: /-/-/	
Edema: () MMS (<input type="checkbox"/> MMII) (<input type="checkbox"/> Face) (<input type="checkbox"/> Anasarca. Observações: ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Dentro: () Nutrido (<input type="checkbox"/> Emagrecido) (<input type="checkbox"/> Caputico) (<input type="checkbox"/> Obeso. Dentro: () Completamente (<input type="checkbox"/> Incompleta) (<input type="checkbox"/> Proteína.	
Allergêicos: () Inapetente (<input type="checkbox"/> Distefila) (<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar) (<input type="checkbox"/> Vomito) (<input type="checkbox"/> Pirose) (<input type="checkbox"/> Outros: Abdômen: () Normotônico (<input type="checkbox"/> Distendido) (<input type="checkbox"/> Tensão) (<input type="checkbox"/> Ascítico) (<input type="checkbox"/> Outros: RHA: () Normotônico (<input type="checkbox"/> Ausentes) (<input type="checkbox"/> Diminuidos) (<input type="checkbox"/> Ausentes) Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/> Normal) (<input type="checkbox"/> Liquida) (<input type="checkbox"/> Constipado há dias) (<input type="checkbox"/> Outros: Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea) (<input type="checkbox"/> Retengido) (<input type="checkbox"/> Inconveniente) (<input type="checkbox"/> Hematuria) (<input type="checkbox"/> SVD: Doloroso m/l) Aspectos: () Outros: INTERRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Gonalgia da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Infragra) (<input type="checkbox"/> Ressecada) (<input type="checkbox"/> Equimoses) (<input type="checkbox"/> Hematomas) (<input type="checkbox"/> Escorragens) (<input type="checkbox"/> Outro: Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Normocorrada) (<input type="checkbox"/> Hipocorrada) (<input type="checkbox"/> Ictérica) (<input type="checkbox"/> Gialótica) (<input type="checkbox"/> Trúger da pele: (<input type="checkbox"/> Preservado Condilões das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/> Umlídes) (<input type="checkbox"/> Secas) (<input type="checkbox"/> Mentreagenses de sede: () Cuidado corporal: () Independente (<input type="checkbox"/> Dependente) (<input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações: Higiene corporal: (<input type="checkbox"/> Saftastofra) (<input type="checkbox"/> Insatisfatória) (<input type="checkbox"/> Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/> Saftastofra) (<input type="checkbox"/> Satisfatória) (<input type="checkbox"/> Insatisfatória. SONO E REPOUSO	
Dranos: () Tipo/Apects: (<input type="checkbox"/> Local) (<input type="checkbox"/> Estágio) (<input type="checkbox"/> Local: (<input type="checkbox"/> Descrigão: (<input type="checkbox"/> Curativo. /-/-/ Drana de pressão: () Local/Apects: (<input type="checkbox"/> Local) (<input type="checkbox"/> Descrigão: (<input type="checkbox"/> Curativo. /-/-/ CUIDADO CORPORAL	
Comunicação, Grelaria e Segurança emocional: () Ausente de familiares/visitantes (<input type="checkbox"/> Outros: (<input type="checkbox"/> Meu comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/> Preservada) (<input type="checkbox"/> Profundizada) Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo) (<input type="checkbox"/> Melancólico) (<input type="checkbox"/> Ansiedade) (<input type="checkbox"/> Ausente de familiares/visitantes (<input type="checkbox"/> Outros: RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPiritualidade	
Tipos: () Praticante (<input type="checkbox"/> Não praticante. Observações: INTERCORRÊNCIAS	
DATA: 08/01/19 HORAS: 10:15:01	
Carimbos: Assinatura do Enfermeiro: <i>Karla R. L. Pinto Oliveira</i>	

Pele: <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aniquedada	Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	Precordialgia (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transtórico <input type="checkbox"/> Definitivo	Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <i>in situ</i> Data da punção <i>07/09</i>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:		
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)		
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.		
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.		
Alimentação: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____		
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:		
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distorcido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:		
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados		
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:		
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h		
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros:	Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA		
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:		
Coloração da pele: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado		
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> .		
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio:	Débito:	Retirado em: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL		
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:		
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.		
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro:		
SONO E REPOUSO		
<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:		
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL		
Comunicação: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Meio <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:		
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE		
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:		
INTERCORRÊNCIAS		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: <i>09/08/19</i> HORA: _____

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Carla Alves | Registrô: | Leito: 10.4 | Setor Atual:

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O
() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da Inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gásometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Corada) (<input type="checkbox"/> Hipocorada) (<input type="checkbox"/> Cianose) (<input type="checkbox"/> Sudorese) (<input type="checkbox"/> Fria) (<input type="checkbox"/> Aquecida)	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/> > 3 segundos) (<input type="checkbox"/> Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/> Quais?) Precordialgia (<input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/> Ritmica) (<input type="checkbox"/> Arritmica) (<input type="checkbox"/> Sopro) (<input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/> Transitório) (<input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/> Periférico) (<input type="checkbox"/> Central) (<input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>AS E</u>) Data da punção <u>11/06/19</u>	
Edema: (<input type="checkbox"/> MMSS) (<input type="checkbox"/> MMII) (<input type="checkbox"/> Face) (<input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido) (<input type="checkbox"/> Emagrecido) (<input type="checkbox"/> Caquético) (<input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: (<input type="checkbox"/> Completa) (<input type="checkbox"/> Incompleta) (<input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/> VO) (<input type="checkbox"/> SNG) (<input type="checkbox"/> SNE) (<input type="checkbox"/> Gastrostomia) (<input type="checkbox"/> Jejunostomia) (<input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: / /	
Alterações: (<input type="checkbox"/> Inapetência) (<input type="checkbox"/> Disfagia) (<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar) (<input type="checkbox"/> Vômito) (<input type="checkbox"/> Pirose) (<input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/> Nórmotenso) (<input type="checkbox"/> Distendido) (<input type="checkbox"/> Tenso) (<input type="checkbox"/> Ascítico) (<input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/> Normoativos) (<input type="checkbox"/> Ausentes) (<input type="checkbox"/> Diminuídos) (<input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/> Normal) (<input type="checkbox"/> Líquida) (<input type="checkbox"/> Constipado há dias) (<input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea) (<input type="checkbox"/> Retenção) (<input type="checkbox"/> Incontinência) (<input type="checkbox"/> Hematuria) (<input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: (<input checked="" type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Integra) (<input type="checkbox"/> Ressecada) (<input type="checkbox"/> Equimoses) (<input type="checkbox"/> Hematomas) (<input type="checkbox"/> Escoriações) (<input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada) (<input type="checkbox"/> Hipocorada) (<input type="checkbox"/> Ictérica) (<input type="checkbox"/> Gianótica) Turgor da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/> Úmidas) (<input type="checkbox"/> Secas) Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: (<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/> Independente) (<input type="checkbox"/> Dependente) (<input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória) (<input type="checkbox"/> Insatisfatória) Higiene Corporal: (<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória) (<input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: (<input type="checkbox"/> Acamado) (<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas) (<input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/> Preservado) (<input type="checkbox"/> Insônia) (<input type="checkbox"/> Dorme durante o dia) (<input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
EVALUAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO-SOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/> Preservada) (<input type="checkbox"/> Prejudicada) Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo) (<input type="checkbox"/> Medo:	
(<input type="checkbox"/> Ansiedade) (<input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita) (<input type="checkbox"/> Outros:	
NECESSIDADES PSICO-ESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/> Praticante) (<input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
Renata Inácia de O. Guimarães COREN-PB 150.453 - ENF	
DATA: <u>13/08/19</u> HORA: <u>16'00'</u>	

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: XOMIO ALVES | Registro: | Leito: 30/04 | Setor Atual: 04/04

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

Linguagem: (), Qual? () Disfonia () Afasia () Disfásia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gásometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ___ / ___ / ___ Hora: ___

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0058-52
Av. Mai. Flávio Peixoto, 4700 - Maitinga, Campina Grande - PB, CEP: 58422-809
Data: 24/07/2019

PACIENTE: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA
ACIDENTE DE TRABALHO: NAO
DATA: 24/07/2019 HORA : 19:58:36
Idade: 052 N° ATEND: 1951345

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

ESPECIFICAÇÃO DO MÓVIL: MOTO X ANIMAL

CEMATIC INSTITUTE

SIGNALS VIALS
NET SAT 63%
PAI TEAM

Hg₂ SAI UZ PA IER

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

**ALERGIAS: NEGA
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL: REGUL
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
 () PRURIDO (X) DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
 () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
 () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

A horizontal scale from 0 to 10 with five smiley face icons indicating increasing levels of pleasure:

- 0: neutral
- 1: slight pleasure
- 2: moderate pleasure
- 3: good pleasure
- 4: very good pleasure
- 5: excellent pleasure
- 6: maximum pleasure

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO**

HTCG-Painel Administrativo

16

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento
Bruna Moura da Silva

~~ENFERMEIRA - ESF
COREN-PB 223-352
SUS 709108290476830~~



24/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

20:22 - Paciente vítima de queda de moto, consciente e orientado, Glasgow 15, estabilizado. Marcadamente com queixa de dor em thorax agud.; perna esq.; e ombro esq.

Ao exame: AB dorde depressões, andar, a palpitar s/ lesão.
Rx de torax sem fraturas ou
fracturas

ID: Fratura perna E?
Fratura ombro E?

CD: Sobeira de ombro perna?
" Pergar de Articulações

DESTINO DO PACIENTE 1 1 às : hs.

SERVÍCIOS REALIZADOS:

Centro cirúrgico

Dr. Rogerio Veronico

Internação (setor)

Médico - Residente

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Código de Procedimento

H. da Cunha e L. Moreira
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Dr. Ronaldo

() Alta hospitalar / () Revisão

() óbito / () Descrição

CBO

IDADE

<http://htcg.painelclassi.php?contar=1951345&infantil&data=2018-07-24&horastarde=19:06:36>

23



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Carlos Alberto Bernardim de | Registrô: | Leito: 104 | Setor Atual: *Ortopedi*

DADOS CLÍNICOS GERAIS:

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () MidriáticasMobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: (*vi*) prejudicadaLingüagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfásia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () ERuidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto:Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Dr .Anuar Murad Filho

Clinica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Carlos Alberto Bernadino de Lima é portador do CID : S 82.2 proveniente de tibia esquerda ocasionado por acidente de motocicleta , tendo como seqüela um comprometimento de 50 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

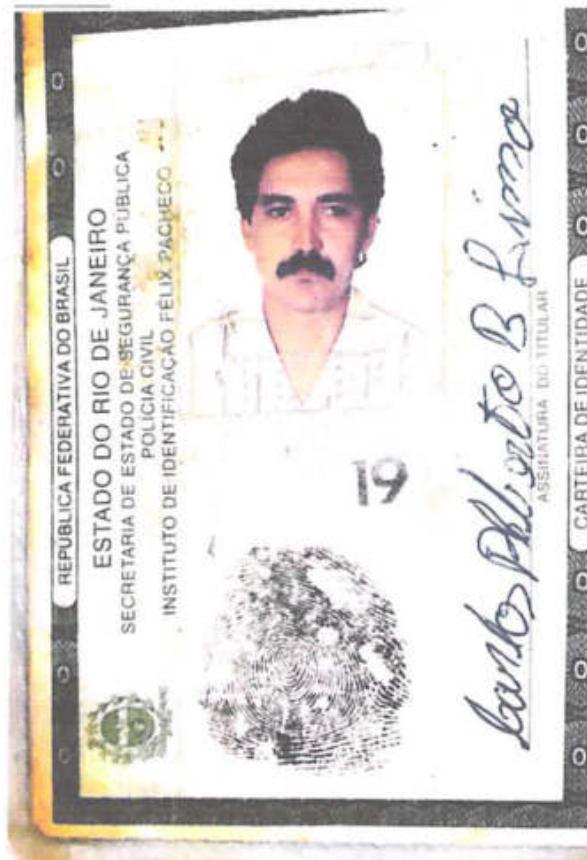
19-02-2020

*Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8742*

Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Júnior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090





VALIDA EM JDO O TERRITÓRIO NACIONAL	DATA DE EXPEDIÇÃO 14/05/97
REGIS- TERAL 12218682-8	
NOME CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA FILHO	
CINEZIO BERNARDINO DE LIMA	
MARIA PEREIRA DE LIMA NATURALEZA PARAIBA	DATA DE NASCIMENTO 23/05/1967
DOC. ORIGEM C. NASC LIV 01 FLS 96 TERM 381 0 CAB EIRAS PB * * *	CPF 019
Assinatura do Titular REINALDO FONSECA LEI 10.716 DE 25/08/93	
CARTERA DE IDENTIDADE	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576>
Número do documento: 20090110121944500000032364576

Num. 33827511 - Pág. 78



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Nº de Inscrição

081917507-24



Data do Nascimento

23/05/67



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576>
Número do documento: 20090110121944500000032364576

Num. 33827511 - Pág. 79

Informações sobre o veículo

Placa: PFD-3636

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: YAMAHA/XTZ250 TENERE

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 249

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C6KG0450B0006273

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2011

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

RESTRIÇÕES

NADA CONSTA

VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS

Consultar débitos

Localizar o documento do veículo



Prezado Analista,

Venho através dessa carta, solicitar que o meu sinistro seja submetido à nova analise pela seguradora Lider, uma vez que o valor pago como indenização não corresponde ao valor da minha sequela pela tabela de indenização utilizada por esta seguradora, o que configurada que a mesma não foi aplicada.

Estou enviando Laudo médico atual que comprova o grau da minha sequela e peço como forma de comprovação, que seja agendado uma perícia para avaliar minha real situação.

Agradeço muito se analisarem mais detalhadamente o meu processo.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190624607 **Cidade:** São Domingos do Cariri **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do Planalto Tibial Esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta claudicação da marcha, cicatriz cirúrgica na perna esquerda, hipotrofia muscular da coxa esquerda, limitação de mobilidade do joelho esquerdo com perda de 60 graus de flexão e 10 de extensão, deficit de força motora do joelho.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/03/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder): 12,5% da IS. Conduta mantida. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190624607 Cidade: São Domingos do Cariri Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE Data do acidente: 24/07/2019 Seguradora: AZUL COMPANHIA DE
LIMA
SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 48 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 joelho	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-0389090/19

Número do Sinistro: 3190624607

Vítima: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

CPF: 081.917.507-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/07/2019

Titular do CPF: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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: 21/02/2020
Nome: CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA
CPF: 081.917.507-24

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

CARLOS ALBERTO BERNARDINO DE LIMA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:12:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110121944500000032364576>
Número do documento: 20090110121944500000032364576

Num. 33827511 - Pág. 84